FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — N° 3

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 octobre 1905, à 1 heure

PAR

Louis RABOURDIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LUPUS PRIMITIF DES MUQUEUSES

DES

Voies aériennes supérieures

Président : M. SEGOND, *Professeur.*

Juges : MM. POUCHET, *Professeur*
BROCA Aug., *Agrégé.*
DESGREZ, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses partie de l'enseignement medical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER
Clinique de pathol mentale et des malad. de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU
	TERRIER
	BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques).
BRINDEAU.	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Le lupus des muqueuses que nous nous proposons d'étudier aujourd'hui a déjà fait le sujet de plusieurs thèses, dont les plus remarquables sont celles de Raulin en 1889, sur le lupus des fosses nasales, et celles de Marty en 1888, et Durazzo en 1900 sur le lupus du larynx.

Mais, aucun de ces auteurs n'a cru devoir faire une étude d'ensemble de ces variétés de lupus, ce qui semblerait pourtant s'imposer, étant donnés, d'une part, le mode de début du lupus en un point quelconque des premières voies respiratoires, et, d'autre part, la propagation de voisinage si fréquente de l'une à l'autre de ces régions.

En outre, depuis ces travaux, de nombreuses recherches ont été faites sur la thérapeutique du lupus, et en particulier sur l'action du traitement mercuriel, de la photothérapie, de la radiothérapie et de la radiumthérapie.

Notre but est de réunir en un même travail tout ce qui concerne le lupus des muqueuses du nez, du pharynx et du larynx. Nous insisterons particulièrement sur trois points qui nous semblent les plus intéressants :

1° Début fréquent par la muqueuse, sans qu'il y ait alors de lésion cutanée ;

2° Influence de la syphilis sur l'évolution du lupus ;

3° Difficulté parfois considérable qu'il y a dans quelques cas à différencier certaines formes de lupus d'avec des formes à peu près semblables de syphilis, diagnostic rendu plus difficile encore par l'action curative incontestable du traitement mercuriel dans le lupus.

Nous passerons sous silence l'historique du lupus des muqueuses, les travaux parus jusqu'en 1889 ayant été fort bien résumés dans les thèses de Raulin et de Marty. Quant à ceux parus depuis cette époque, on les trouvera indiqués au chapitre de la bibliographie. Ceux qui nous ont semblé les plus intéressants seront résumés au cours de ce travail, et cités au moment voulu.

DÉFINITION

Le lupus est un processus clinique de la tuberculose cutanée, apparaissant très souvent pendant la première jeunesse. Il est caractérisé, dans sa lésion élémentaire, par un nodule plan ou par un tubercule saillant, isolés ou formant par la confluence d'éléments semblables des lésions planes, étendues, ou des néoplasmes élevés, ulcérés ou non ulcérés, dont le siège le plus commum est le visage et les muqueuses voisines. Il est rebelle à la thérapeutique et son évolution est, d'ordinaire, lentement extensive.

Histologiquement, c'est une néoplasie formée par une série de follicules tuberculeux intra-dermiques, plus ou moins bien limités, envoyant souvent des prolongements dans les espaces lymphatiques. Il se différencie des autres formes de la tuberculose par l'apparente bonne santé des malades qu'il affecte.

Telle est la définition que donne Lenglet dans son article « Lupus » de la *Pratique dermatologique*. Nous nous sommes contenté de la reproduire sans y rien modifier.

ÉTIOLOGIE

D'après Raulin, le lupus des muqueuses, contrairement au lupus cutané, survient surtout à l'*âge* adulte, de 20 à 30 ans le plus souvent. Il l'explique par ce fait que, à l'âge adulte, l'organisme étant dans les meilleures conditions de résistance, les bacilles restent localisés sur la muqueuse nasale, donnant naissance à une lésion purement locale. Nous ne sommes pas de son avis à ce sujet. Avec les dermatologistes, nous dirons que le lupus, aussi bien celui des muqueuses que le lupus cutané, est une affection de l'adolescence, nous basant, pour cela, sur les malades que nous avons pu observer.

Suivant nous, la tuberculose frappe les sujets d'une manière différente suivant l'âge ; chez l'enfant, ce que l'on rencontre surtout, ce sont les manifestations osseuses, ganglionnaires et méningées ; dans l'adolescence, par suite des phénomènes de croissance et de la fatigue qui en résulte, l'infection peut se faire aisément ; mais l'organisme présente alors une grande résistance ; il lutte aisément contre la pénétration des bacilles, d'où souvent, localisation en un point seulement. Cela expliquerait fort bien, d'après nous, la fréquence plus grande du lupus à

cette période de la vie. Chez l'adulte, au contraire, ce que l'on rencontre le plus fréquemment, c'est la tuberculose pulmonaire ; l'organisme est alors dans un état de fatigue continuelle et moins apte à résister, d'où envahissement plus facile pour le bacille de Koch.

D'après Raulin aussi, le lupus frapperait également les deux *sexes* (12 hommes, 10 femmes) avec une légère préférence pour le sexe masculin, ce qui est dû à ce que l'homme, menant une vie plus active, est plus exposé au contage et aux poussières irritantes.

Ici encore, notre manière de voir diffère, et nous nous trouvons une fois de plus d'accord avec les dermatologistes. Si l'on veut bien jeter un coup d'œil sur nos observations, on verra que le lupus se rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

D'autres causes prédisposantes sont : les excoriations, l'eczéma, les traumatismes. De même, les professions qui, mettant les sujets en rapport avec des vapeurs irritantes ou des poussières, entraînent une rhinite chronique. Elles créent ainsi une muqueuse pathologique, amènent la chute de l'épithélium, modifient la structure intime du chorion et diminuent la vitalité de ses éléments. La muqueuse devient alors un excellent milieu de culture.

D'après Raulin, la scrofule agirait de même et non pas en tant que diathèse modifiant l'organisme dans un sens ou dans l'autre.

D'ailleurs, on sait qu'aujourd'hui la scrofule n'est plus admise. La vieille diathèse scrofuleuse a été démembrée ; les abcès froids, les gommes, les tumeurs blanches, les adénites lui ont été enlevés pour être reportés à juste

titre dans le domaine de la tuberculose ; quant à ce qui ne peut être mis sur le compte de cette dernière, il doit rentrer dans le domaine de la syphilis, surtout dans sa forme héréditaire.

Citons encore, comme autres causes prédisposantes, le contact avec les tuberculeux, les infections générales et surtout la rougeole.

Pour Ollivier, Raudnitz, Block, Doutrelepont, on trouverait souvent, chez les lupiques, des antécédents tuberculeux.

Quant à l'*influence de la syphilis*, elle est très discutée encore, du moins en ce qui concerne la syphilis considérée comme cause prédisposante.

Cependant, d'après Bernheim, le terrain syphilitique serait éminemment favorable au bacille de Koch ; voici ce qu'il dit au sujet du rôle pathogénique de la syphilis : « La syphilis aggrave ou prépare la tuberculose ; par ses lésions, elle crée autant de portes d'entrée au bacille de Koch. La syphilis prédispose à la tuberculose par l'anémie qu'elle provoque dans l'économie.

« L'influence de la syphilis héréditaire sur l'apparition de la tuberculose est encore plus marquée. Les affections scrofulo-tuberculeuses sont fréquentes chez les enfants issus de souche syphilitique. Le terrain syphilitique est, en effet, éminemment favorable au bacille de Koch ; les hérédo-syphilitiques sont des prédisposés à toutes les manifestations de la scrofulo-tuberculose, surtout aux tuberculoses osseuses et au *lupus tuberculeux*.

« Mais la vraie raison, ou plutôt, la cause ordinaire de l'association de la syphilis et de la tuberculose doit être

surtout cherchée dans les lésions directes, spécifiques, qui se développent sous l'influence du virus syphilitique qui, en compromettant l'intégrité des muqueuses, en altérant l'épithélium, créent autant de portes d'entrée au bacille tuberculeux. »

Si les causes prédisposantes sont nombreuses, il n'en est pas de même des *causes déterminantes*. Il n'y en a, en effet, qu'une seule, c'est le BACILLE DE KOCH.

PATHOGÉNIE

On admet, en effet, aujourd'hui, que *le lupus est une lésion tuberculeuse.* Nombreux sont les arguments en faveur de cette théorie.

Tout d'abord, l'analogie est complète entre le tubercule et le nodule lupique ; tous deux sont constitués par des cellules géantes autour desquelles se trouvent des cellules épithélioïdes entourées elles-mêmes d'éléments embryonnaires.

En outre, Pfeiffer, Demme, Doutrelepont, Schuchardt et Krause, Cornil et Leloir ont montré que l'on rencontrait fréquemment le bacille de Koch dans les préparations de lupus. Mais cette recherche demande une grande persévérance, étant donnée la rareté du bacille. C'est ainsi que Koch n'a rencontré de bacilles dans un cas qu'à la 27e coupe, et, dans un autre, qu'à la 43e.

Enfin, des inoculations en série établissent que le lupus engendre la tuberculose ; c'est du moins ce qu'ont montré les recherches de Cornil et Leloir, Hip. Martin, Hueter, Pfeiffer.

La clinique confirme les données fournies par l'anatomie pathologique. Elle nous montre que, très souvent, le lupique appartient à une famille de tuberculeux ; c'est ainsi que l'on peut trouver, dans les antécédents hérédi-

taires, des parents atteints de tuberculose pulmonaire ou péritonéale, de méningite.

En outre, il y a souvent coexistence de lésions tuberculeuses des os, des poumons, des ganglions, et M. Thibierge, dans l'article Lupus du *Traité de médecine* Charcot-Brissaud, montre que parfois le lupus se développe au niveau des fistules dues à une tuberculose osseuse ou ganglionnaire.

Enfin, à la suite d'injections de lymphe de Koch, on constate, chez les lupiques, une réaction violente au niveau des lésions du lupus vulgaire.

On peut donc conclure de tous ces arguments que le lupus est une forme de tuberculose, et nous ajouterons que c'est une tuberculose peu virulente. C'est ce que montrent la marche lente et torpide du lupus, la rareté des bacilles, la difficulté de déterminer la tuberculose par inoculation aux animaux, et enfin la lenteur d'évolution de cette tuberculose expérimentale.

Cette théorie, qui fait du lupus une forme de la tuberculose, a été longtemps combattue. Pendant longtemps, en Allemagne et en Angleterre, on considérait le lupus comme une manifestation tardive de la syphilis héréditaire. Ricord et Bucquoy, qui furent, en France, les principaux défenseurs de cette théorie, faisaient du lupus un *scrofulate de vérole*.

Cette conception est-elle tout à fait fausse ? Des recherches nombreuses, faites dans ces dernières années sur l'action des injections de calomel dans le lupus, permettent d'en douter.

Fournier en 1897, Asselbergs, Du Castel, Creutzer,

Deutsch en 1898, Dominici plus récemment, ont constaté que, sous l'influence des injections de calomel, il y avait une amélioration rapide des lésions lupiques, mais non pas guérison complète. S'agit-il simplement de lupus greffé sur un terrain syphilitique, ou bien nous trouvons-nous en présence de formes mixtes comme le voulait Ricord ?

On serait tenté de le croire après avoir lu les travaux dont nous parlions tout à l'heure.

Asselbergs publie 25 cas de lupus tuberculeux vrais. Dans 5 de ces cas, il y eut guérison complète, dans 8 autres, une régression notable, dans 2, il n'y eût pas d'amélioration. Il faisait dans la région fessière, de dix en dix jours, une injection de 5 centigrammes de calomel.

Voici quelles sont ses conclusions : « L'action de l'injection de calomel sur le lupus tuberculeux vrai est certaine et ne saurait être mise en doute. Je l'ai observée de la façon la plus nette dans 23 cas sur 25 qui furent traités de cette façon. Tous ont subi une modification variable, depuis la simple réduction jusqu'à la disparition complète de tous les éléments lupiques.

« Si mes observations XIII et XIV ont été des insuccès complets, c'est à la cachexie tuberculeuse, et, par le fait, à la virulence plus grande de l'infection locale qu'il est permis de l'attribuer. C'est aux premières injections que l'influence régressive est la plus frappante. Après quinze injections, il semble que l'action du calomel s'atténue et finisse. Les processus infiltration et ulcération sont touchés les premiers et les plus vivement attaqués.

« Le tubercule, à coup sûr, est influencé et participe à la régression générale. Il n'en est pas moins vrai que c'est lui qui résiste, et souvent victorieusement (Observations II, IV). Donc, c'est surtout dans la thérapeutique du vieux lupus tuberculo-ulcéreux, turgescent, à infiltration profonde du derme ou du tissu cellulaire sous-cutané que l'injection de calomel est appelée à rendre des services. J'estime que c'est là un traitement adjuvant précieux. »

Fournier, en 1897, publie deux observations de tuberlose cutanée notablement améliorée par les injections de calomel. Dans un des cas, il s'agissait d'une tuberculose cutanée typique du bras et de la main, chez un malade de 52 ans. Trois injections de calomel amenèrent la cicatrisation des ulcérations et l'affaissement des granulations. L'autre malade était atteint de lupus tuberculeux de la face et fut guéri par le calomel.

Augagneur, à la même séance de la Société française de dermatologie, cite le cas d'un jeune homme de 18 ans, atteint de lésion tuberculeuse de la joue gauche et de lupus du nez, guéri par l'iodure de potassium à la dose de 6 à 7 grammes par jour.

Creutzer (*Thèse* de Lille 1898) donne l'analyse de 13 cas de lupus traités par le mercure et l'iodure, et principalement par les injections intra-fessières d'huile grise. Il eut: un succès complet, quatre rétrocessions très accusées, 3 améliorations notables mais moins marquées et 5 insuccès.

Deutsch, en 1898, présente à la société viennoise de dermatologie un malade de 20 ans atteint de lupus du visage, de la nuque et de la main, chez lequel il obtint

une amélioration notable à la suite de 11 injections de 5 centigr. d'huile grise.

Du Castel, en 1898 également, préconise le calomel comme traitement adjuvant dans le lupus.

Enfin, *Gastou et Dominici* ont constaté une amélioration notable dans un cas de lupus où la biopsie avait été faite et avait permis de constater l'existence de cellules géantes, en même temps que l'on trouvait dans les crachats des bacilles de Koch.

Doit-on, de tout cela, conclure à l'existence de formes mixtes ? Le calomel, nous l'avons vu, agit avec une rapidité plus ou moins grande sur les infiltrations et les ulcérations, mais il n'a aucune action sur le nodule lupique. Pour la plupart des dermatologistes, dans les cas où l'on a obtenu des guérisons complètes, il s'agissait, non pas de lupus vrai, mais de syphilides lupiformes, comme dans l'observation de MM. Gaucher et Lacapère que nous publions plus loin, ou de lupus survenus ultérieurement chez des syphilitiques avérés.

D'après Dominici, l'action du traitement mercuriel dans le lupus, ce fait qu'il n'agit que sur les phénomènes inflammatoires s'explique si l'on se rappelle que la tuberculose et la syphilis ont un mode d'action souvent analogue sur le tissu conjonctif où la tuberculose se localise.

En résumé, on admet aujourd'hui que le traitement mercuriel puisse avoir une action favorable sur les affections non syphilitiques et en particulier sur la tuberculose, mais, dans ce dernier cas, on n'obtient qu'une amélioration notable et jamais de guérison complète. Des formes de lupus qui furent radicalement guéries par les

injections de calomel sont considérées par la majeure partie des dermatologistes comme étant des syphilides lupiformes et non des lupus vrais. Mais, on admet aussi que la syphilis, quand elle préexiste ou quand elle survient chez un lupique avéré, puisse avoir une influence sur la lésion tuberculeuse dont elle peut modifier l'évolution. Le traitement mercuriel agit alors en provoquant une amélioration notable de l'état général et en facilitant la lutte de l'organisme contre le bacille (Dominici).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue histologique, l'anatomie pathologique du lupus des muqueuses est la même, quel que soit le point où il siège. Il n'en est pas de même au point de vue macroscopique, l'aspect variant suivant la région atteinte. Nous ferons donc deux chapitres différents, l'un concernant l'anatomie pathologique macroscopique, l'autre, au point de vue histologique.

1° *Anatomie pathologique macroscopique.*

Nous n'insisterons pas sur cette partie du sujet, puisque nous aurons à y revenir au moment où nous étudierons les symptômes. Nous nous contenterons d'en indiquer les grandes lignes.

A) Lupus des fosses nasales

Au début, la muqueuse de la cloison cartilagineuse est rouge et injectée ; elle est uniformément gonflée, et présente une hypertrophie régulière. Ce qui caractérise cette phase, c'est l'uniformité et la régularité de l'épaississement de cette muqueuse.

A un stade plus avancé, le gonflement n'est plus uniforme ; la muqueuse perd de sa coloration rouge, présente des bourrelets, des saillies, des mamelons, de forme et

de grosseur variables. Ces lésions s'observent de règle sur la cloison cartilagineuse, puis, sur la partie antérieure du plancher des fosses nasales, sur la partie interne des ailes du nez, sur la portion antérieure des cornets inférieur et moyen, très rarement sur la muqueuse des parties profondes du nez.

Ces *nodosités* ne tardent pas à grossir et la pituitaire semble parsemée de petites tumeurs proéminentes pouvant atteindre parfois la grosseur d'une cerise. De consistance très friable, ces mamelons se juxtaposent en petit nombre, se confondent par leur base, se pédiculisent, constituent en quelque sorte un chou-fleur, et, si la pédiculisation est plus complète, de véritables polypes (Schmiegelow).

Dans la *phase de régression*, qui coïncide avec la caséification et la nécrobiose très limitée des nodules, la muqueuse nasale est recouverte par des *croûtes* jaunes, verdâtres ou grisâtres, sèches, stratifiées, formées par des leucocytes et des cellules épithéliales de desquamation. Elles sont parfois en assez grande quantité pour oblitérer la lumière des fosses nasales.

Ces croûtes enlevées, on trouve, soit de nombreuses *ulcérations*, soit une ulcération unique siégeant sur la cloison cartilagineuse.

De forme irrégulière, cette ulcération présente des bords déchiquetés et découpés ; peu profonde en général, elle est de niveau avec la muqueuse qui présente autour d'elle une zone couverte de nodosités. Son fond est hérissé de végétations bourgeonnantes, de sorte qu'il est difficile de dire si l'ulcération a perforé la cloison cartilagineuse ; les

végétations la masquent, et ce n'est qu'au moyen du stylet qu'on découvre la perforation. En général, elle est irrégulière et comprend tout le cartilage semi-lunaire (Raulin).

Dans le *stade de guérison* ou de transformation sclé-reuse des lésions, la muqueuse se présente sous un aspect blanchâtre assez semblable à celui du tissu cicatriciel. Elle est épaissie, présente quelques bosselures indurées et forme un anneau fibreux qui entoure l'orifice antérieur des fosses nasales, provoquant un certain degré de sténose.

B) Lupus du pharynx

Tantôt c'est un simple *érythème livide*, tantôt c'est une série de *bourgeons et de masses fongueuses*, ou des *ulcérations* très étendues et profondes. L'amygdale est généralement respectée.

La luette est épaisse, rouge livide, rigide, avec, sur ses bords, de petites ulcérations à fond rouge et granité.

Les piliers subissent des transformations analogues.

La face postérieure du pharynx est bourgeonnante, ulcérée dans toute son étendue, recouverte de muco-pus gris jaunâtre, adhérent.

Dans quelques cas, il y a une simple rougeur, sans déformation ni rigidité. A la surface, on constate de fines déchiquetures de la muqueuse, linéaires, sur les bords desquelles l'épithélium a un aspect blanchâtre.

Entre ces érosions existent des tubercules petits ou

des dépressions exulcérées, dont le fond est couvert par un enduit blanc adhérent. Au milieu de ces éléments on trouve de minuscules cicatricules blanches.

C) Lupus du larynx

Marty, dans sa thèse de 1888, a donné une description parfaite de l'anatomie macroscopique du lupus du larynx. Nous nous contenterons de la reproduire sans y rien modifier : « Hypertrophie et induration de l'épiglotte ; tuméfaction des régions aryténoïdiennes et ventriculaires ; nodosités, tubercules lupiques, verruqueux et papillaires ; cordes vocales dépolies quelquefois, d'autres fois absolument indemnes ; muqueuse de l'organe tout entier gonflée, baignée par une sécrétion catarrhale d'abondance et de densité variables : telles sont les lésions que l'on aperçoit à l'œil nu quand le lupus n'est pas de date trop ancienne.

A une époque plus avancée de l'évolution morbide, on remarque des érosions, des exulcérations, des ulcérations même, plus ou moins étendues en surface et plus ou moins profondes. Ces ulcérations, qui peuvent occuper tous les points de la cavité laryngienne, sont quelquefois fongueuses, suintantes, et même laissent sourdre un liquide puriforme ou du pus véritable.

Enfin, dans certains cas, à côté des lésions jeunes, on peut reconnaître des altérations anciennes, se traduisant par des cicatrices scléreuses, blanches, rétractiles, plus ou moins déprimées.

2° *Anatomie pathologique microscopique.*

L'élément caractéristique du lupus est le follicule tuberculeux. C'est lui que nous étudierons tout d'abord : nous verrons ensuite comment se comportent les tissus au voisinage de ce follicule.

FOLLICULE TUBERCULEUX

Les cellules géantes du lupus sont, ordinairement, bien développées ; leur volume est considérable, leur couronne nucléaire riche, la zône centrale très grande. Unna les regarde comme le terme ultime de l'évolution des celllules du follicule. Il en explique l'apparition de la façon suivante : « Les cellules du voisinage du centre du follicule subissent la transformation homogénéisante.

Cette transformation se produit sous l'influence directe de la toxine tuberculeuse dans les cellules les plus proches du bacille. Leur protoplasma perd la faculté de se reproduire, tout en conservant la vie, tandis que leur noyau continue à pouvoir se diviser. Les noyaux s'écartent, en général, du point où vit le bacille ; les corps protoplasmiques se fusionnent autour de celui-ci. Il y a donc réunion de plusieurs corps protoplasmiques avec persistance de l'indépendance des noyaux qui occupent l'un des pôles de la cellule géante. Entre les éléments folliculaires qui ont donné naissance à la cellule géante, il pourrait exister des fragments de fibres élastiques, des cellules non complètement dégénérées ; aussi n'est-il pas rare de rencontrer ces éléments dans l'intérieur de la cellule géante où ils sont inclus. »

La cellule géante est enveloppée par les cellules épithélioïdes ou par les cellules embryonnaires, aux dépens desquelles elle est formée.

La prédominance de la forme épithélioïde ou de la forme embryonnaire donne, dans chaque lupus, un caractère bien tranché aux nodules et l'on peut dire, avec Lenglet, que, d'après leur structure, les tubercules du lupus sont épithélioïdes ou lymphoïdes.

a) *Tubercules lymphoïdes.*

Ils se forment, soit autour d'un petit capillaire ou d'un lymphatique, soit en un point quelconque du derme, immédiatement en dehors du voisinage immédiat des vaisseaux.

Ils seraient dus, pour les uns, à la diapédèse des mononucléaires ou des lymphocytes, pour les autres, à la multiplication sur place des cellules fixes du tissu conjonctif devenues mobiles du fait de l'inflammation. Pour Unna, leur multiplication se ferait seulement dans les cellules de la périphérie du nodule d'une façon assez régulièrement excentrique et cette multiplication serait la cause de l'apparence caractéristique que prend le nodule lupique encapsulé.

Deux conditions sont indispensables à son développement parfait : l'augmentation du nombre des cellules dégénérées et la résistance à l'augmentation de l'ensemble des nodules.

b) *Tubercules épithélioïdes.*

Les follicules épithélioïdes contiennent souvent un grand nombre de cellules géantes de très grandes dimensions.

Autour des amas épithélioïdes s'accumule une série de cellules lymphoïdes plus ou moins compacte.

L'origine de ces cellules épithélioïdes n'est peut-être pas exclusivement conjonctive. Dans un cas de lupus du larynx observé par Leredde, les cellules épithélioïdes et les cellules géantes semblaient venir de la transformation de l'épithélium des lobules glandulaires.

Dans certains nodules lupiques, on peut constater l'existence d'un réticulum sur lequel s'appuient les cellules plasmatiques.

RÉACTION DU TISSU CONJONCTIF AUTOUR DES NODULES

Autour des nodules, le derme est généralement semé de cellules jeunes ou de cellules inflammatoires plus ou moins abondantes, qui englobent le nodule lupique et se continuent sans aucune démarcation au-delà de ses limites. Tel est le cas du lupus exedens.

La forme diffuse du lupus est constituée par l'existence d'un plasmone où les grandes plasmazellen jouent un rôle important par la quantité que l'on en rencontre disséminées dans toute l'étendue de la néoplasie. Le reste de l'infiltration est formé de lymphocytes, de noyaux conjonctifs non encore transformés, des restes des plus volumineuses fibres élastiques qui ont résisté à l'action dissolvante du poison tuberculeux, de capillaires néoformés ou de vaisseaux de plus gros calibre, sans paroi distincte

autre qu'une couronne endothéliale. Tous ces éléments sont plongés dans un réticulum plus ou moins net.

Les infiltrations interstitielles peuvent atteindre une grande profondeur. L'examen histologique peut en faire constater la présence à une distance de quelques millimètres à un centimètre au-dessous de la limite de l'épithélium.

Dans ces formes à infiltration diffuse, les fentes interstitielles, autour des nodules profonds ou dans l'intimité même du néoplasme, apparaissent sur les coupes, distendues, et la lymphe qui les gorge refoule et aplatit le tissu conjonctif qui les limite.

Les cellules géantes sont plus rares dans cette forme. On peut les trouver à la périphérie, dans les régions les moins infiltrées. Elles sont, semble-t-il, assez souvent développées dans les vaisseaux et ont quelquefois un si grand nombre de noyaux qu'elles peuvent en être presque exclusivement formées et perdre leur apparence ordinaire au point de passer inaperçues.

VAISSEAUX DU LUPUS

1) *Dans le voisinage du lupus.*

Les parois des vaisseaux sont épaissies en masse, infiltrées de cellules nées sur place ; leur lumière est déformée et rétrécie. L'endothélium, toujours irrégulièrement distribué, est représenté par des noyaux volumineux saillant dans la lumière, disposés côte à côte, ou au contraire très écartés. Parfois, il est multiplié, d'autres fois, il est séparé de la paroi et les cellules qui le constituent sont isolées de la lumière du vaisseau.

L'endothélium ainsi détaché favorise l'oblitération du vaisseau. La tunique moyenne des veines est particulièrement hypertrophiée, les éléments musculaires qui la constituent sont souvent disloqués, séparés par des cellules rondes analogues aux cellules embryonnaires.

Le tissu élastique disparaît çà et là ; ses fibres sont, ailleurs, écartées par le gonflement des éléments musculaires ou conjonctifs interposés. L'irrégularité très grande de sa disposition est un bon critérium des modifications subies par la paroi vasculaire.

La couche externe, dissociée, se confond sans limites avec le tissu voisin.

2) *Dans le tissu lupique.*

Il n'y a pas de vaisseaux de calibre supérieur aux capillaires. Ceux-ci ont des parois assez régulièrement épaissies, ou bien, ils sont seulement indiqués par deux lignes plus ou moins parallèles d'endothélium épaissi par places, proliféré en d'autres points. Certains sont ectasiés et logent de grandes et de petites cellules lymphatiques mêlées en grand nombre aux globules rouges. Il est très rare qu'on puisse voir un leucocyte.

Il est possible que l'oblitération des vaisseaux puisse être suivie de l'apparition de cellules géantes en quelques-uns des points oblitérés (Cornil, Thin et Kiener).

Les lésions des *lymphatiques* sont seulement traduites par l'engorgement des radicules et de ce que l'on peut supposer être leur tronc, par les cellules de l'infiltration ; dans quelques cas, il y a une véritable injection des troncs

lymphatiques du derme et de l'hypoderme par la matière tuberculeuse, sans que le tissu voisin présente les traces d'une réaction manifeste. Les *nerfs* ne s'altèrent qu'à la longue.

Enfin, dans l'infiltration, on trouve quelques mastzellen petites, rondes, peu granuleuses, difficilement colorables, et des cellules éosinophiles.

LÉSIONS DE L'ÉPITHÉLIUM

L'épithélium se comporte diversement dans les différentes formes de lupus.

Plus le nodule lupique demeure circonscrit, plus l'épithélium est aminci à sa surface. Dans certains lupus nodulaires plans, à évolution très lente, la couche épithéliale n'est plus représentée que par trois ou quatre assises cellulaires aplaties, où ne se distinguent plus aucune des couches constituantes normales.

La couche granuleuse fait défaut. Plus on s'éloigne du centre du nodule, plus l'épaisseur de l'épithélium augmente. Généralement, les cellules continuent à vivre et gardent leurs propriétés de coloration. Quelquefois, elles subissent la dégénérescence vacuolaire de Leloir.

Sur les coupes qui passent par les parties ulcérées, on constate que la couche épithéliale a complètement disparu ; à sa place, c'est-à-dire à la périphérie, à la surface de la muqueuse, on trouve des éléments protoplasmiques embryonnaires qui se colorent d'une façon très intense par l'hématoxyline et le carmin.

Dans le lupus exedens à infiltration diffuse, sous l'influence du processus lupique, l'épithélium se met à proli-

férer, le corps muqueux de Malpighi prend une épaisseur considérable, les prolongements interpapillaires s'allongent, bourgeonnent, produisent des ramifications qui pénètrent la masse lupique dans toute sa profondeur et dans tous les sens. Les anastomoses de ces bourgeons épithéliaux, les globes cornés qu'on y peut rencontrer leur donnent quelquefois l'aspect d'un cancer épithélial duquel il ne peut être que très difficilement différencié.

Dans les lupus circonscrits, les phénomènes d'inflammation tuberculeuse sont réduits à leur minimum et la diapédèse des leucocytes dans les espaces intercellulaires de l'épithélium est peu accentuée.

Dans le lupus exedens, au contraire, la diapédèse et l'invasion consécutive de l'épiderme par les cellules migratrices sont considérables.

Dans le lupus du larynx, l'hyperplasie épithéliale est souvent considérable. Dans un cas de Leredde, l'épithélium était papillomateux ; dans un cas de Garel, il se faisait une rapide involution fibreuse, la périphérie était en évolution, le centre, au contraire, était scléreux.

ÉTAT DES GLANDES

Dans les cas où le processus lupique reste cantonné dans la muqueuse, les glandes sont intactes ainsi que le tissu qui les environne. Au contraire, lorsque les lésions pénètrent dans les couches sous-muqueuses, le tissu conjonctif qui entoure les glandes est infiltré par les éléments embryonnaires ; mais la paroi propre des acini est toujours indemne ; l'endothélium qui les tapisse n'est

nullement altéré ; les glandes n'offrent aucune modification de volume.

MICROBES

Les bacilles de Koch sont très rares ; ils siègent dans les cellules géantes. Leur présence est certaine et indiscutable, mais elle est difficile à mettre en évidence. Leur rarete nécessite un nombre considérable de coupes pour arriver à en trouver une qui en contienne.

C'est à l'influence des toxines que produit le bacille de Koch que l'on doit rapporter l'œdeme, la sclérose, la prolifération épithéliale, etc... Dans les lupus non compliqués, il ne se produit qu'une diapédèse fort modérée. Sous l'influence de cette transudation séreuse, les tissus se gonflent, les espaces conjonctifs s'élargissent, les fentes interépithéliales se distendent, la couche cornée se disloque, çà et là le liquide vient se coaguler à la surface et former les croûtes superficielles. Sous ces croûtes, l'épiderme se reconstitue jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée le fasse éclater.

En résumé, le lupus nodulaire plan, enchâssé dans le derme sous la forme grains de sucre d'orge, est la manifestation clinique et anatomo-pathologique la plus simple de la tuberculose lupique. Il correspond à la confluence de nodules ou de follicules tuberculeux en voie de dégénérescence homogénéisante ou déjà transformés par ce processus, isolés dans le derme qui réagit à peine, parfois, autour d'eux.

Le lupus exedens, le lupus tuberculeux au sens dermatologique du mot, est, au contraire, un lupus à néoplasie

complexe, où le tissu conjonctif, l'épithélium, les vaisseaux participent, en proportions diverses, à la formation de l'infiltrat sans limites, bourgeonnant, qui donne à la masse l'aspect clinique que nous verrons plus loin.

Le tissu élastique présente une grande résistance ; l'existence et la disposition des fibres élastiques dans le lupus, sont les éléments qui permettent le mieux de juger de l'allure du lupus et de l'étendue des surfaces qu'il a frappées.

Les glandes ne subissent aucune modification importante. Les nerfs, eux aussi, résistent longtemps.

Les modifications des vaisseaux et en particulier des veines, sont : lésions endothéliales se traduisant par la prolifération, la raréfaction, le polymorphisme, la chute des cellules ; lésions des parois externes surtout apparentes sur les veinules, consistant en augmentation de volume, multiplication, ou au contraire, disparition des éléments cellulaires, dislocation des fibres élastiques suivie de leur fonte, tendance finale à l'oblitération.

Quant aux plasmazellen, elles varient de nature suivant la forme de lupus. D'après Almkwist, les plasmazellen de Unna s'observent dans les cas où les lésions du tissu conjonctif prédominent et où il y a de nombreuses mastzellen ; les plasmazellen de V. Marschalko se rencontrent au contraire dans les cas où la leucocytose est plus caractérisée et les lésions de tissu et les mastzellen plus rares.

Le plus souvent, on trouve les plasmazellen de Unna qui sont des cellules de tissu conjonctif modifiées, alors que celles de V. Marschalko sont des leucocytes dégénérés.

SYMPTOMES

1) Lupus des fosses nasales.

Le lupus de la muqueuse nasale a, le plus souvent, un *début* insidieux. Il est annoncé par une forme particulière de *coryza chronique* avec hypersécrétion nasale accompagnée ou non d'épistaxis. Peu à peu, l'enchifrènement s'accentue ; la respiration nasale devient de plus en plus difficile et la voix est légèrement nasonnée. Le malade éprouve une sensation de *prurit* très désagréable qui le force à se gratter, et il s'aperçoit alors que l'orifice antérieur des fosses nasales est comblé de *croûtes* jaunes verdâtres, sèches, difficiles à détacher. C'est généralement alors seulement qu'il vient consulter.

La *respiration nasale* est alors fortement compromise ; si l'affection est bilatérale, elle est impossible, et le malade ne peut respirer que par la bouche. La voix, sans être nasonnée, est légèrement nasillarde.

L'odorat est généralement conservé ; l'anosmie, quand elle existe, est d'ordre mécanique ; elle est due à ce fait que, le nez étant obstrué par des végétations lupiques et par des croûtes, ne laisse plus passer le courant d'air chargé des particules émanées des corps odorants. La persistance de la sensibilité olfactive, qui est de règle, s'ex-

plique par ce fait que les lésions siègent dans la portion respiratoire seule, la portion olfactive restant généralement indemne.

D'après Raulin, les *épistaxis* font défaut ; ce n'est pas notre avis ; nous en avons constaté l'existence chez un certain nombre de malades, dont nous citerons plus loin les observations.

Les croûtes, jaunes verdâtres ou grisâtres, sont dures et sèches, adhèrent au pourtour de l'orifice antérieur des fosses nasales. Sous l'influence de grattages ou d'efforts que fait le malade en se mouchant, elles se détachent et sont expulsées. On ne constate ni ozène ni sécrétion purulente. Le malade n'accuse pas d'expulsion de séquestres.

Il est assez fréquent de voir le lupus *envahir* le canal nasal, les canaux lacrymaux, causer de la dacryocystite tuberculeuse, provoquer un épiphora irritant qui peut être, à son tour, la cause médiate de la greffe d'un lupus à la peau du sillon oculo-nasal et à la joue.

Félix et Cozzolino admettent la propagation du lupus de la pituitaire sur la muqueuse de l'oreille moyenne.

Si l'on pratique de bonne heure l'examen des fosses nasales, on constate que le lupus commence toujours à la portion antérieure, cartilagineuse, de la cloison. On explique cette localisation par les raisons suivantes :

1° La cloison cartilagineuse est le point le plus exposé aux traumatismes qui agissent :

a) En créant des érosions épithéliales, portes d'entrée pour les microbes ;

b) En entretenant un état inflammatoire qui crée un lieu de moindre résistance.

2° C'est le point sur lequel vient frapper la colonne d'air qui entre dans les fosses nasales chargée de microbes.

3° Dans cette région des fosses nasales, la muqueuse se rapproche, par sa structure, de celle de la peau ; et l'on sait la prédilection que le lupus a pour la peau.

4° En ce point, la muqueuse est moins riche en glandes que dans le reste de son étendue, de sorte que, si elle se trouve assez lubréfiée pour retenir les microbes, elle ne l'est pas assez pour les expulser dans une sécrétion abondante (Raulin).

En faveur de l'hypothèse de Raulin, nous rappellerons une affection mal connue de la cloison ; ce sont ces perforations dites de Hajek qui reconnaîtraient pour cause une périchondrite banale occasionnée par les microbes laissés par le courant d'air inspiré sur ce point de moindre résistance.

Mais, si le point où débute le plus souvent le lupus est la portion antérieure de la cloison, cela ne veut pas dire que le lupus ne puisse débuter en une autre partie des fosses nasales. D'après Werrnher, le lupus peut débuter à la partie postérieure des fosses nasales et gagner l'orifice externe. Raulin le nie ; ici encore nous nous permettrons de ne pas être de son avis ; des observations récentes ont montré que le lupus des régions postérieures, s'il est moins fréquent, existe cependant. C'est aussi l'opinion de Lenglet. Le lupus de la muqueuse pituitaire ne se traduit généralement pas par des signes extérieurs très apparents ; le nez conserve sa configuration normale ; il n'offre pas d'effondrement à la base, il n'y a pas non

plus d'affaissement de la portion inférieure du nez, même lorsque la cloison cartilagineuse est détruite.

Assez souvent cependant, on pourra constater que le nez est élargi transversalement au niveau de la pointe; les ailes semblent être écartées de la cloison.

Au début, la *peau* est le plus souvent saine et, dans certains cas, elle reste très longtemps sans être envahie. Plus tard, lorsque les lésions se propagent à l'extérieur, on trouve de petites *nodosités lupiques* sur l'extrémité nasale, sur le lobule, plus souvent sur les ailes du nez et particulièrement sur l'une des deux, parfois dans le sillon naso-génien et sur la joue. De grosseur très variable, ces nodosités offrent en général le volume d'un grain de mil ou celui d'un petit pois; elles font légèrement saillie à la surface de la peau qui, à leur périphérie, offre une coloration bleuâtre.

Ces tubercules sont perceptibles à la vue et au toucher, et indolores; ils sont le plus souvent recouverts par des croûtes grisâtres ou jaune verdâtre qui se reforment à mesure qu'on les enlève. Ce sont le plus souvent des tubercules isolés séparés les uns des autres par un espace de peau relativement saine.

La palpation est indolore; en pressant l'extrémité du nez entre les doigts, on constate une exagération de volume de la région cartilagineuse.

Les *os propres* du nez ne sont pas augmentés de volume; les *cartilages latéraux* ne présentent aucune altération lorsque le lupus débute sur la muqueuse, contrairement à ce qui existe lorsque le lupus a un début cutané et envahit secondairement les fosses nasales.

Ce n'est que par la RHINOSCOPIE que l'on pourra voir les lésions de la muqueuse pituitaire. Mais, avant de faire la rhinoscopie, il faudra toujours avoir soin de faire pencher la tête du malade en arrière et de relever le lobule du nez avec le pouce de la main gauche. En éclairant alors avec le miroir, on voit facilement les lésions qui siègent sur la partie antérieure de la cloison. On a ainsi une vue d'ensemble et l'on peut constater que les lésions sont le plus souvent bilatérales, mais plus avancées d'un côté que de l'autre.

Quand nous introduirons le spéculum du nez, il faudra nous rappeler que ces lésions sont situées à la partie tout à fait antérieure ; donc, *il ne faudra enfoncer que très peu l'instrument*, sans quoi on s'exposerait à masquer la lésion avec une des valves. Si, ce qui est très rare, on a affaire à un lupus tout à fait au début, on constatera simplement que la muqueuse est pâle, un peu inégale; plus tard, elle est légèrement atrophiée et couverte d'un enduit purulent jaunâtre.

Mais le plus souvent, on trouvera l'orifice antérieur des narines presque complètement fermé, oblitéré par des *croûtes* sèches, gris jaunâtre, qui empêchent de voir les lésions sous-jacentes. Au stylet, on sent que ces croûtes sont dures et très adhérentes à la muqueuse. Il est indispensable de les enlever. Raulin conseille dans ce but de laisser en place pendant un quart d'heure un tampon d'ouate hydrophile imbibée de la solution tiède suivante :

Glycérine neutre.....	15 gr. 00
Bicarbonate de soude...	» — 10 centigr.

Une fois le tampon enlevé, on fera renifler au malade une solution alcaline, puis, il se mouchera.

On enlèvera les croûtes restantes avec un porte-coton trempé dans la solution alcaline.

On constate alors que la *cloison* est très tuméfiée, recouverte de *nodosités*, de mamelons, de bosselures, séparées par des sillons. Ces tubercules sont de grosseurs très variable ; ils vont d'une tête d'épingle à celle d'une noisette ; leur coloration, d'un rouge jaunâtre, est assez souvent blafarde. Leur nombre est très variable ; ils sont parfois en quatité suffisante pour donner à la muqueuse un aspect bourgeonnant, fongueux.

D'une indolence complète, ces végétations ne saignent que difficilement.

Assez friables à leur sommet, elles sont plus fermes à leur base ; elles sont tantôt sessiles, tantôt pédiculées, polypoïdes. Dans ces derniers cas, elles sont quelquefois complètement séparées les unes des autres et rappellent les polypes muqueux. C'est la variété de LUPUS POLYPOIDE (Garel, Collet, Simonin). Elles siègent ordinairement sur la cloison. Mais cet aspect de la muqueuse peut exister aussi sur le plancher des fosses nasales dans son quart antérieur, sur la face interne des ailes et sur la partie antérieure des cornets inférieur et moyen ; mais ici, les lésions sont moins accentuées et moins développées.

Le lupus peut évoluer alors de deux manières différentes et l'on se trouve alors en présence ou bien de la forme ulcéreuse, la plus fréquente, ou bien de la forme scléreuse.

Dans la FORME ULCÉREUSE la muqueuse peut être le

siège de petites ulcérations nombreuses ; d'autres fois, il n'y a qu'une seule ulcération qui siège toujours sur la cloison cartilagineuse.

Cette ulcération qui est masquée par des croûtes, est peu profonde ; en général, elle est presque de niveau avec la muqueuse qui l'entoure, parfois même elle est exhaussée, végétante.

D'une coloration grisâtre, ses bords sont décollés, déchiquetés, et ne présentent aucun tracé régulier.

Cette ulcération est d'une indolence parfaite au stylet. A la périphérie, on trouve la muqueuse hypertrophiée, gonflée, hérissée de petits tubercules encore peu accusés, ce qui traduit une infiltration diffuse de cette région.

Quoique peu profonde à la vue, l'ulcération a envahi la couche sous-muqueuse, le périchondre, et très souvent la cloison cartilagineuse ; le cartilage semi-lunaire est parfois détruit, mais la perforation est masquée par des bourgeons. Pour la découvrir, il faudra sonder avec un stylet qui, fréquemment, passera d'une narine dans l'autre à travers la cloison. Moinel explique cette perforation par la destruction de la muqueuse qui, seule, nourrit le cartilage. Raulin l'attribue à ce fait que la cloison est attaquée des deux côtés par le lupus.

Jamais le stylet promené sur le reste des fosses nasales ne permet de constater l'existence de séquestres et ne donne la sensation d'os dénudé. Jamais non plus il n'y a, comme dans la syphilis, de perforation de la voûte palatine.

Il peut arriver que le lupus demeure limité à la cloison et qu'il évolue spontanément vers la guérison. C'est

alors la FORME SCLÉREUSE. Elle est très rare. Dans cette forme, ce qui frappe d'abord, c'est un degré de sténose assez avancé de l'orifice antérieur des fosses nasales, sténose occasionnée par un épaississement fibreux de la muqueuse de la cloison cartilagineuse, du plancher dans son quart antérieur et des ailes du nez. On dirait un anneau cicatriciel qui, sur une largeur de deux centimètres environ, ferait le tour de l'orifice antérieur des fosses nasales. Cette cicatrice présente ceci de particulier, qu'au lieu d'être atrophique, rétractée, elle est hypertrophique, rappelant assez bien une chéloïde. A sa surface, qui présente une coloration blanc jaunâtre, on trouve quelques bosselures ou nodosités assez dures. Telle est la description habituelle que l'on donne du lupus du nez ; mais, à notre avis, on n'insiste pas assez sur une forme de lupus que nous appellerons la FORME OBLITÉRANTE, dont nous publions ci-dessous une observation.

FORME OBLITÉRANTE

Cette forme débute comme tout lupus par les symptômes du coryza chronique : sécrétion plus ou moins abondante de mucus ; degré plus ou moins accusé d'enchifrènement ; voix légèrement nasonnée. L'enchifrènement qui, au début, était peu marqué et intermittent, ne tarde pas à s'accentuer et, dans certains cas, devient le symptôme le plus pénible pour le malade. Cette sténose peut être unilatérale. L'écoulement n'a rien de caractéristique.

Nous n'insisterons pas davantage sur les symptômes

subjectifs, qui sont ceux du lupus des fosses nasales, mais à un degré plus accentué.

Les symptômes objectifs ont une plus grande importance. A l'examen rhinoscopique, on constate la présence, en un point quelconque des fosses nasales, de petites nodosités qui font saillie à la surface de la muqueuse ; on les rencontre surtout sur la cloison, sous forme de granulations gris jaunâtre, peu volumineuses. Elles peuvent exister aussi sur les cornets inférieur et moyen. Ces excroissances peuvent acquérir un volume considérable, prendre une coloration franchement rouge et un aspect mûriforme ; elles sont disséminées sur la muqueuse et ne semblent pas avoir de prédilection pour la partie antérieure à la cloison cartilagineuse.

Au stylet, on constate qu'elles sont parfaitement indolentes, qu'elles ont une large base d'implantation et saignent difficilement.

Jamais le processus n'aboutit à l'ulcération. C'est, en somme, ce que Broekaert décrit sous le nom de *rhinite végétante*. D'après lui, cette rhinite ne serait nullement une forme de lupus, mais se rangerait dans la classe des granulomes simples. L'observation ci-dessous se rapproche beaucoup des cas cités par Broekaert.

Observation I (Personnelle).

G... (Gabrielle), 18 ans, travaille dans une usine de pétrole.

Pas d'*antécédents héréditaires.*

Antécédents personnels. — A 3 ans, fluxion de poitrine ; de 3 à 7 ans, rhumes fréquents.

Histoire de la maladie. — A 13 ans, démangeaisons dans la partie gauche du nez. En se grattant, la malade constate l'existence de croûtes adhérentes, souvent un peu rougeâtres, et de petites excroissances dans le nez. Pas d'obstruction nasale. Poussées de démangeaisons coïncidant avec des poussées aiguës de lupus et la formation de nouvelles excroissances.

A 14 ans, la malade va à Beaujon. Elle se plaint alors d'obstruction nasale complète. Persistance du prurit. Croûtes peu nombreuses. Augmentation des excroissances, surtout à la partie antérieure de la cloison.

On fait alors des grattages et des cautérisations.

Ce traitement dure trois ans.

Au début de 1903, épiphora surtout marqué à gauche, continu, plus marqué à certains moments. Le lupus est localisé à la cloison envahit un peu le vestibule nasal. C'est une masse en choux-fleurs, sans croûtes ni ulcérations, ressemblant à des polypes muqueux, mais plus rouge, obstruant les fosses nasales et rappelant la forme oblitérante, mais purement limitée à la cloison, sans lésion des cornets inférieur et moyen.

En janvier 1904, apparition sur le lobule du nez d'un petit bouton blanc (lupus cutané) entouré d'une zone de rougeur diffuse.

En février, suppuration de la petite surface ulcérée qui est recouverte de croûtelles blanchâtres.

On fait deux séances de galvano-cautérisation.

La malade va ensuite chez le docteur Harret faire le traite-

ment radiothérapique. A ce moment, grande tendance à l'envahissement de la lésion cutanée. Dès le début du traitement, arrêt de l'évolution et amélioration notable.

29 juillet. Le lobule du nez est rouge, augmenté de volume, avec, à la partie médiane, une cicatrice blanchâtre. Epiphora.

A l'examen, croûtes blanc verdâtre, adhérentes. Une fois les croûtes enlevées, à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, du côté gauche, on voit une petite ulcération. Lésions limitées au tiers antérieur : rougeur, granulations.

Cornet inférieur : atrophie, croûtes, très petite ulcération à l'union des tiers antérieur et moyen. Ailleurs, le cornet est pâle, blanchâtre. Pas de propagation au cornet moyen. Atrésie de l'orifice narinaire.

A droite, croûtes adhérentes à la partie tout à fait antérieure de la cloison cartilagineuse et du cornet inférieur. Les croûtes enlevées, rougeur diffuse et petites granulations sur la cloison. Cornet irrégulier présentant une petite surface saignante au sommet de la partie la plus saillante, c'est-à-dire à son tiers antérieur. Pas de végétations exhubérantes. Pas de perforation de la cloison.

Simples granulations avec rougeur diffuse.

Rien au pharynx.

Observation II

(Communiquée par MM. Boulay et Le Marc'Hadour.)

Mlle X..., 19 ans, couturière.

Cette malade est envoyée à la clinique par son médecin, le docteur Meslier, de Clichy, pour un enchifrènement chronique datant de plusieurs mois et une gêne respiratoire très accentuée. Le docteur Meslier signale que sa malade a eu une enfance délicate. Elle a eu deux petites hémoptysies et une lésion au

second degré à l'un des sommets, lésion actuellement en voie de cicatrisation.

A l'examen du nez, le spéculum nasal à peine introduit est envahi par des masses rosées ressemblant à s'y méprendre ou à de petits polypes muqueux irrités ou à une muqueuse nasale dégénérée analogue à ce que l'on rencontre dans la dégénérescence polypoïde de la muqueuse des cornets et de la cloison.

L'affection est bilatérale. Mouchage épais, non purulent. Pas de croûtes, pas d'épistaxis.

Rien au pharynx nasal, à la paroi postérieure du pharynx, non plus qu'au larynx.

L'état général est médiocre, sans être mauvais.

Le premier diagnostic est : dégénérescence polypoïde des cornets et de la muqueuse de la cloison.

La partie antérieure du nez est déblayée à l'anse froide.

L'aspect des tissus enlevés ne rappelle plus une muqueuse dégénérée, mais bien plutôt des granulations lupiques.

Peu à peu, le nez est débarrassé des granulations antérieures.

On constate que ce tissu pathologique a envahi la totalité des deux fosses nasales : cornets inférieurs et moyens, cloison, plancher. La curette remplace l'anse froide, et ces granulations sont vigoureusement poursuivies, et le nez rendu perméable. Le résultat n'est pas de longue durée ; les granulations récidivent avec une rapidité désespérante.

Les surfaces curettées se recouvrent de croûtes verdâtres, adhérentes, sous lesquelles la muqueuse présente l'aspect caractéristique du lupus en évolution avec son alternance de régions cicatricielles et de régions granuleuses et ulcérées en évolution.

Pendant des mois, la curette, le galvano-cautère, l'acide lactique, auxquels on associe une médication sthénique, luttent sans succès contre cette affection rebelle. La fosse nasale libérée des granulations se remplit de croûtes non odorantes, puis les granulations reparaissent, accompagnées d'obstruction nasale.

Au bout de quelques mois, la curette vigoureusement pro-

menée sur la cloison passe au travers, non pas au niveau de la portion antérieure, mais en plein territoire osseux et vornérien.

Ce fait nouveau, en désaccord avec les habitudes cliniques ordinaires du lupus, fait penser à la possibilité d'une syphilis méconnue, bien que l'on n'ait jamais constaté ni mouchage de séquestres, ni présence d'os nécrosé dans la fosse nasale, ni fétidité caractéristique, ni extension classique aux os propres du nez.

Au niveau des cornets, la muqueuse seule participe au processus, sans qu'il soit possible, à l'examen le plus minutieux, de trouver un point osseux dénudé, comme il est de règle dans le tertiarisme nasal.

Depuis des mois que dure l'affection, elle ne s'est pas extériorisée, et la peau du nez reste intacte.

La malade est soumise, sans aucun résultat, au traitement mixte.

Actuellement encore, la malade vient de temps à autre faire débarrasser son nez de nouvelles granulations récidivantes. Entre temps, elle doit faire régulièrement des lavages, les fosses nasales se remplissant de croûtes adhérentes.

A l'examen, on constate l'aspect différent des régions définitivement guéries, recouvertes d'une muqueuse blanche, résistante, cicatricielle, étroitement appliquée sur le plan profond, et des régions encore malades, qui sont granuleuses et polypoïdes.

C'est là la description de la rhinite végétante de Brœkaert. Nous ne pouvons véritablement pas, avec lui, voir dans cette affection récidivante, généralisée à toute la muqueuse nasale, un banal granulome, et cliniquement, nous nous croyons en droit de la ranger dans les lupus de la muqueuse du nez.

Brokaert, pour différencier ce qu'il appelle la rhinite végétante du lupus des fosses nasales, sa base sur :

L'absence des cellules géantes et de cellules épithélioïdes ;

Les résultats négatifs obtenus par l'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil du lapin ou dans le péritoine du cobaye ;

Le groupement moins méthodique et régulier de ce qu'il appelle les granulations non lupiques ; leur absence de tendance à occuper la portion antérieure du nez ; la rareté de la confluence des nodules.

Pour cet auteur, il s'agirait de productions inflammatoires, très probablement d'origine microbienne, peut-être bien staphylococcique.

Mais ces arguments ne nous paraissent pas suffisants pour nier l'origine lupique de cette affection.

Comme le reconnait Brœkaert lui-même, Leloir, Baumgarten ont décrit des nodules tuberculeux dans lesquels les cellules géantes ne se trouvaient qu'en très petit nombre. De même, Leloir a montré que le nodule lupeux n'est pas invariablement formé de cellules épithélioïdes.

L'absence de bacilles de Koch dans les préparations n'est pas non plus un argument suffisant ; on sait combien il est difficile, souvent, de mettre ce bacille en évidence même dans les coupes de lupus typique.

Les résultats négatifs de l'inoculation seraient une preuve meilleure. Mais on sait combien est lente, souvent, l'infection ainsi provoquée, et combien elle met de temps à se manifester. Le cobaye dont parle Brœkaert fut sacrifié après deux ou trois mois environ ; or, lui-même

conseille, un peu plus loin, d'attendre un certain temps avant de tuer l'animal, les cobayes pouvant ne devenir tuberculeux qu'au bout de trois ou quatre mois.

Enfin, la marche de cette rhinite végétante est essentiellement lente et offre des phases successives d'aggravation et d'amélioration dues à des poussées répétées de coryza aigu. La guérison serait la règle, à la suite de ràclages et de cautérisation des points d'implantation, mais, dit Brœkaert, les récidives sont très fréquentes et ce n'est qu'après plusieurs interventions que l'on peut espérer avoir enrayé définitivement la marche de l'affection.

Or, cette lenteur de l'évolution, ces récidives fréquentes après ràclage, ne les rencontrons-nous pas dans le lupus, et ne paraissent-elles pas devoir être attribuées à une tuberculose plus virulente, ce qui expliquerait la rareté des cellules géantes et des bacilles, plutôt qu'à une origine microbienne quelconque, staphylococcique par exemple.

Donc, jusqu'à nouvel ordre, nous considérons cette affection comme une forme de lupus, forme oblitérante, et non comme une variété de granulomes simples.

2) *Lupus du Pharynx.*

Le lupus du pharynx ne donne généralement lieu à *aucun symptôme fonctionnel.* Comme l'a dit Fougère, « on peut être dévoré de lupus sans le savoir ».

Les seuls symptômes sont les *signes objectifs* ; on les

découvre le plus souvent par hasard ou en examinant le pharynx d'un lupique.

On constate alors que la luette est épaissie, rouge livide, rigide et peu mobile. Sur ses bords apparaissent de petites ulcérations à fond rouge et granité ; les piliers subissent des transformations analogues ; ils peuvent être partiellement détruits. La face postérieure du pharynx est bourgeonnante, ulcérée dans toute son étendue, recouverte de muco-pus gris jaunâtre, adhérent.

Dans quelques cas, les piliers, le voile du palais sont rouges et infiltrés, mais souples et non déformés ; à leur surface existent de fines déchiquetures de la muqueuse, irrégulières, linéaires, comme celles que produirait la morsure d'un ver. Sur les bords de ces érosions, l'épithélium a un aspect blanchâtre ; il les souligne d'un liseré marginal minuscule. Quelques-unes d'entre elles semblent faites d'amas épithéliaux blancs, linéaires ; entre ces érosions existent des tubercules petits ou des dépressions exulcérées dont le fond est couvert par un enduit blanc adhérent. Au milieu de ces éléments, on trouve de minuscules cicatricules blanches. Tout cela déforme peu et évolue avec une remarquable torpidité.

D'après Lenglet, l'amygdale serait indemne. Tel n'est pas l'avis de Brindel, de Bordeaux, et de Raoult, de Nancy, qui décrivent un LUPUS DE L'AMYGDALE. Voici ce qu'ils donnent comme symptômes :

« Bien différentes sont les lésions observées, lorsque l'amygdale seule est atteinte dans l'arrière-gorge, ou lorsque la lésion amygdalienne n'est qu'une propagation d'un lupus du pharynx ou du voile du palais.

« *A*) Dans le premier cas, l'amygdale malade est augmentée de *volume* et s'avance jusqu'au voisinage de la luette. Son volume contraste avec celui de sa congénère dont la surface ne dépasse pas les piliers. Elle offre une *teinte* violacée au niveau des points atteints par le lupus. L'*ulcération* créée par ce dernier est anfractueuse, peu profonde, recouverte de bourgeons qui forment, par leur union, des crêtes sinueuses, molles, flasques, se laissant facilement arracher par la curette.

« Par le curettage, on se rend compte que l'ulcération est plus profonde qu'elle ne le paraît au premier abord.

« Les piliers du voile sont indemnes, ainsi que le reste de la muqueuse.

« Pas la moindre adénopathie ; pas le moindre symptôme fonctionnel.

« *B*) Même *indolence* à peu près dans la *deuxième forme*, mais ici, la prédominance appartient plutôt aux lésions de voisinage. L'amygdale est plutôt diminuée de volume, rongée en quelque sorte par l'ulcération lupique. Elle ne fait qu'un avec les piliers qui l'entourent et qui, eux, peuvent être augmentés de volume et ulcérés sur leurs bords.

« La *surface* de l'amygdale est violacée, granuleuse, molle, atone, légèrement infiltrée. Les bords de l'ulcération sont peu saillants, mal définis.

« Çà et là, existent de petits *points cicatriciels* blanchâtres, étoilés, caractéristiques de l'affection qui a une tendance à la guérison spontanée. Dans l'une et l'autre forme, l'ulcération est précédée d'une hyperplasie couleur lie de vin, nettement délimitée, sur laquelle apparaît

bientôt une surélévation jaunâtre dont la fonte entraîne le début de l'ulcération.

« Ordinairement *indolore* et n'attirant l'attention qu'au moment où elle a déjà produit dans l'arrière-gorge des *dégâts irréparables* (destruction des piliers, destruction du voile, adhérence des piliers postérieurs à la paroi pharyngienne, rétrécissement de l'isthme du gosier), la dernière forme du lupus provoque quelquefois une légère dysphagie, une sensation de cuisson au moment du passage du bol alimentaire.

« Elle n'engendre *aucune adénopathie*, mais s'accompagne, très fréquemment, de lésions identiques sur l'épiglotte et les replis glosso et ary-épiglottiques.

« Dans un cas, enfin (Brindel), la lésion était une; il n'y avait aucune solution de continuité. Elle repose sur un fond rouge qui devient violacé sur les bords. L'ulcération se caractérise par des trajets sinueux, creusés à l'emporte-pièce dans la muqueuse ; c'est l'*aspect mité* par excellence au milieu d'un tissu inflammatoire et bourgeonnant. Il faut exercer un frottement assez énergique pour faire saigner la surface.

« Il n'y a pas d'adénopathie ; la douleur existe au niveau de la plaque lupique, mais elle n'est pas vive. Il s'agit, dans ce cas, d'un lupus à marche relativement rapide, survenant chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire. »

3) *Lupus du Larynx.*

Plus que tous les autres, le lupus du larynx, quand il existe isolément, est insidieux et latent. Comme la maladie se localise sur l'épiglotte, comme les cordes vocales sont très souvent indemnes, nous n'observons aucun trouble de la voix. Tout au plus, si les lésions du fibro-cartilage sont assez accentuées pour déterminer des phénomènes de compression, le malade se plaindra de difficulté et de douleur à la déglutition, peut-être de dysphagie. De troubles phonateurs, point.

Dans quelques cas cependant, les lésions peuvent occuper au début l'appareil vocal, et on observe une certaine rancité de la voix, comme dans les laryngites catarrhales simples.

Peu à peu, la maladie fait des progrès, gagne les cordes vocales et l'on constate alors l'existence des symptômes suivants :

La voix, d'abord voilée, s'affaiblit, se casse, devient rauque, demi-éteinte ; cet enrouement peut être permanent, mais il est surtout marqué le matin au réveil, et le soir. On observe quelquefois une aphonie intermittente, mais, même dans ce dernier cas, la prononciation est toujours claire et distincte (Isabel).

Au bout de quelque temps, il peut survenir des tubercules lupiques au niveau des insertions des cordes. Ces tubercules s'ulcèrent, déterminent une perte de substance qui peut s'étendre plus ou moins loin sur les cordes vocales, et

celles-ci ne possèdent plus alors la tension nécessaire, par suite ne peuvent plus vibrer. Il en résulte une aphonie complète qui peut persister définitivement.

La toux est assez rare, surtout au début ; elle peut être spontanée ou provoquée. Quand elle est spontanée, on doit en général l'attribuer à une cause extra-laryngienne ; elle est due le plus souvent à une complication du côté des bronches ou du poumon.

Quand l'affection a atteint un certain degré de développement, que le larynx est tuméfié, soit dans sa totalité, soit en partie, l'organe de la voix présente des connexions plus intimes avec les organes voisins. Aussi, ses mouvements d'élévation et d'abaissement déterminent-ils des frottements avec les parties voisines, frottements susceptibles de produire la toux.

Quand le bol alimentaire pénètre dans l'œsophage, celui-ci, distendu, vient appuyer plus directement sur le larynx et détermine la toux.

Celle-ci, ordinairement sèche et brève, peut devenir bruyante, quinteuse, et s'accompagner du rejet de mucosités glaireuses peu abondantes.

Marty insiste sur l'*expectoration* ; d'après lui, elle existe toujours, peu abondante il est vrai, mais elle existe. Les crachats sont le plus souvent muqueux, filants, mais quelquefois ils sont épais, puriformes, parfois striés de sang.

Les *troubles respiratoires* ne se rencontrent qu'à une période avancée de la maladie. Au début, la respiration est normale. Quelquefois, cependant, il y a, dès le début, de la dyspnée, due le plus souvent à une hypertrophie de

l'épiglotte qui, entraînée par son poids, recouvre en partie l'orifice supérieur du larynx. La dyspnée est alors augmentée par la position couchée.

Plus tard, les cordes vocales se tuméfient, ainsi que la muqueuse ventriculaire et la région aryténoïdienne ; parfois une des cordes vocales ou quelquefois les deux sont parésiées. Il s'ensuit une sténose glottique caractérisée par des symptômes alarmants.

La respiration qui, au début, était sifflante, s'embarrasse de plus en plus ; la dyspnée s'accroît ; elle peut aller jusqu'à l'orthopnée ; on observe un véritable cornage. Le facies est vultueux, cyanosé, exprime l'anxiété et l'angoisse ; les extrémités se refroidissent, le corps est couvert de sueurs froides, et le malade succombe à l'asphyxie si l'on ne fait pas une trachéotomie.

L'*indolence* absolue des lésions laryngées est incontestable.

Tout au plus y a-t-il un peu de gêne causée par la phonation, la toux et l'expectoration.

La douleur à la déglutition, la sensation de cuisson du côté de la gorge que ressentent parfois les malades, ont pour siège réel le pharynx ; ce sont des douleurs angineuses.

L'*engorgement ganglionnaire* serait fréquent d'après Moure ; Marty dit l'avoir constaté chez huit malades, mais les ganglions étaient toujours de très petit volume : la plupart des auteurs en nient l'existence.

Nous ne parlerons pas des symptômes dûs à la coexistence de lupus du nez ou du pharynx, les ayant étudiés plus haut.

Examen laryngoscopique.

Le symptôme qui attire d'abord l'attention est la *pâleur générale* de l'organe qui présente une teinte uniforme, livide, quasi-cadavérique, contrastant avec la coloration plus foncée des parties voisines.

Quand la maladie est ancienne, cette pâleur est encore beaucoup plus accusée. Au contraire, au début, à une époque peu avancée de l'affection, ou s'il existe quelque complication, on rencontre chez certains sujets un état de rougeur particulier. Isabel regarde la teinte rouge comme fréquente. Marty l'a constatée sur trois sujets sur huit qu'il a observés ; pour lui, ce n'est qu'un phénomène passager.

A côté de la pâleur laryngienne, on remarque un *état hypertrophique*, portant sur les parties atteintes, quelquefois généralisé à tout le larynx, et susceptible d'amener des modifications dans la forme de l'organe.

Ces modifications portent surtout sur la glotte qui, de triangulaire, peut devenir ovalaire, ou être réduite à une simple fente. Cette hypertrophie est constante.

Elle consiste non seulement dans un gonflement de la muqueuse, mais encore dans un épaississement du tissu cellulaire sous-jacent. La muqueuse laryngée est tantôt lisse et régulière, tantôt mamelonnée et végétante.

Il ne se produit d'ulcération qu'à une période avancée de la maladie et seulement dans quelques cas. Ce sont, soit des érosions superficielles, soit de véritables ulcérations, atones et torpides, à fond bourgeonnant grisâtre ou jaunâtre, avec par places des petits bourgeons rouge livide, ou au contraire, à fond lisse, recouvert par une

mince pellicule gris jaune ; les bords sont épais et décollés.

En résumé : *état anémique*, caractérisé par la pâleur des surfaces envahies.

Etat hypertrophique simple ou bourgeonnant, avec modifications de la forme de l'organe.

Ulcérations, à une période plus avancée.

Les lésions de l'*épiglotte* sont constantes ; elle est épaissie dans son ensemble et anémiée, ou au contraire recroquevillée, recouverte d'excroissances et de bourgeons charnus qui lui donnent un aspect mûriforme. Dans d'autres cas, on y observe des pertes de substance d'étendue variable : elle est déchiquetée, crénelée, ratatinée. Ces déformations et cette hypertrophie peuvent causer des accès de suffocation. L'épiglotte est à peu près immobile ; elle devient dure, perd son élasticité et se calcifie par places. Les ulcérations sont assez rares, sauf à une période très avancée ; elles sont souvent superficielles. Dans les cas anciens, l'épiglotte est cicatricielle, réduite à un moignon.

Les *replis ary-épiglottiques*, la *muqueuse ventriculaire*, les *cordes vocales supérieures* sont gonflés, œdématiés, boursouflés et bourgeonnants, comme l'épiglotte. Ils donnent une sensation intermédiaire à celle d'un tissu résistant et à celle de l'œdème.

Ces régions sont parfois frappées les premières et peuvent, d'après Castex, être seules atteintes et présenter des nodules hémisphériques, de couleur gris rosé, rarement symétriques, siégeant en diverses parties de la corde supérieure.

Les cordes sont alors roses et infiltrées ; les aryténoïdes congestionnés.

Les *cordes vocales inférieures* sont le plus souvent épargnées ; elles peuvent cependant être prises à la fin de l'évolution. Le lupus y commence par une simple congestion ; plus tard, elles sont tuméfiées, et présentent des productions papillaires, des saillies polypiformes qui, d'après Virchow, pourraient même envahir la partie supérieure de la trachée.

Les muscles du larynx sont envahis par le processus ; il en résulte des paralysies avec dilatation ou rétrécissement de la glotte.

Sous l'influence du lupus, la muqueuse subit des modifications sécrétoires ; il se produit une sécrétion catarrhale qui devient peu à peu muco-purulente.

Etat général.

Chez les lupiques n'ayant aucune autre lésion tuberculeuse concomitante, l'état général est pendant longtemps bon. Le lupus évolue d'une façon lente et torpide ; il apparaît sournoisement, s'installe sans douleur et sans fièvre. Ce n'est qu'à une période avancée du lupus que l'état général s'altère.

Cependant, nous devons signaler une forme, très rare il est vrai, de lupus du larynx à évolution rapide se traduisant par l'intensité des phénomènes d'infiltration par le développement exubérant de granulations confluentes ou végétantes et se traduisant par des phénomènes précoces de laryngosténose et altération rapide de l'état général.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

L'un des caractères essentiel du lupus des muqueuses est sa marche très lente.

Deux autres caractères importants sont les suivants : le lupus avance par poussées successives séparées par des temps d'arrêt ; il passe par des alternatives d'aggravation et d'amélioration présentant entre elles des phases de repos pendant lesquelles l'affection reste stationnaire.

C'est donc, essentiellement, une affection de longue durée.

La grossesse semble avoir une influence sur la marche du lupus dont elle hâte l'évolution ; l'érysipèle au contraire paraît avoir une action curatrice. Raulin combat cette théorie.

La terminaison est éminemment variable ; la guérison spontanée est très rare, mais a été observée ; elle n'est le plus souvent que momentanée et il y a presque toujours récidive.

Il y a cependant des cas de guérison durable par transformation fibreuse du tissu lupique ; elle n'est pas toujours favorable. Lorsqu'elle survient dans le cas de lupus du nez, elle crée une sténose fibreuse, cicatricielle de

l'orifice antérieur du nez, sténose contre lesquelles il faut intervenir chirurgicalement, au risque de provoquer une récidive.

Si elle survient dans les lupus du larynx, on peut craindre la formation de brides fibreuses qui peuvent déterminer ultérieurement l'apparition de phénomènes de laryngosténose.

De même, dans le lupus pharyngé ou amygdalien, il peut survenir un rétrécissement de l'isthme du pharynx.

Un autre mode de terminaison, observé dans le lupus cutané, est sa transformation en épithélioma.

Raulin a observé un cas de transformation analogue chez une jeune fille de 17 ans atteinte de lupus du nez.

Enfin, la mort peut survenir due, soit à une généralisation de la tuberculose, soit, dans le cas de lupus du nez, à un érysipèle intercurrent de la face (Raulin), ou, dans le cas de lupus du larynx, à la suite d'œdème de la glotte, ce qui est d'ailleurs rare.

Avant de terminer ce chapitre, qu'il nous soit permis de combattre l'opinion de Raulin à propos de la propagation du lupus du nez. D'après cet auteur, « son extension vers les choanes, les arrières fosses nasales, le pharynx et le larynx, est tout à fait exceptionnelle ».

Avec Cozzolino et Luc nous dirons au contraire que le lupus du nez à tendance à se propager aux régions voisines, et, d'une façon plus générale, que, quel que soit le point où débute le lupus des muqueuses des voies aériennes supérieures, il tend, le plus souvent, à envahir

les régions avoisinantes. Les deux observations suivantes nous semblent venir à l'appui de cette théorie.

Observation III (Personnelle).

Berthe I..., 15 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans. Grippe en 1901. Coqueluche en 1900 (mars).

Depuis sa coqueluche l'enfant est restée faible ; elle n'a plus de goût ni au jeu ni au travail ; elle n'a pas d'appétit. Parfois, elle a des pertes de connaissance généralement de peu de durée.

Il y a quatre ans, le médecin qu'elle était allée consulter ayant eu l'idée d'examiner la gorge, constata de l'infiltration de la luette avec lupus du voile. La luette était pâle, infiltrée, lorsque la malade fut examinée à la clinique. La luette avait le volume du petit doigt d'un adulte, et présentait de petites ulcérations lupiques à l'union de la luette et du voile.

Pas de gêne de la déglutition ; aucun trouble du côté du nez.

On hésite à faire l'amputation de la luette, et fait prendre à l'enfant du van Swieten, les travaux de Dominici parus à cette époque concluant à l'action favorable du calomel sur l'évolution du lupus.

A la fin de 1901, on constate, en examinant attentivement la malade, l'existence de granulations dans le cavum, accompagnées de rhinite atrophique. La rhinoscopie antérieure nous montre qu'il y a, dans le nez, de petites croûtelles ; les cornets sont irréguliers, tomenteux.

En janvier 1902, envahissement des téguments du nez ; début sur le lobule, puis propagation à l'aile gauche du nez.

En septembre 1902, propagation à la lèvre supérieure. On essaye alors le traitement au permanganate de potasse à 1/50,

puis, n'ayant pas obtenu de résultats, on a recours, à la fin de 1903, aux cautérisations ignées.

En septembre 1904, l'examen nous montre que le voile du palais est rouge, granuleux, dans ses trois quarts postérieurs ; la luette, augmentée de volume, est également rouge et granuleuse.

Le pharynx buccal est envahi.

A la rhinoscopie postérieure : granulations à la partie postérieure de la luette et du voile, et dans le cavum.

On constate en outre l'existence de croûtelles sur le nez et la lèvre supérieure ; le dos du nez a une coloration violacée.

On essaye alors de la radiothérapie (Harret). Résultats excellents.

En décembre 1904, aphonie subite et complète ; au laryngoscope : infiltration de l'épiglotte et des aryténoïdes.

N. B. — Les périodes d'amélioration que l'on a pu constater correspondent aux mois chauds.

Observation IV (Personnelle).

R...., 26 ans, employé de perception.

Pas d'antécédents héréditaires.

Neuf frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Jusqu'à 17 ou 18 ans, épistaxis fréquentes pendant les trois ou quatre mois de chaleur.

Depuis six ou sept ans, coryzas fréquents.

Pas d'histoire pulmonaire.

En 1903, abcès froids multiples. Le malade est soigné par M. de Beurmann. Fistules longues à se fermer.

Histoire de la maladie. — En 1899, le malade a commencé à souffrir d'obstruction nasale s'accompagnant d'épistaxis. Il mouchait, dit-il, de nombreux caillots et aussi de petits débris de chair.

A ce moment prurit intense.

En 1900, le malade s'aperçoit que sa voix devient rauque ; ni gêne ni douleur à la déglutition. Un peu plus tard, apparition de rougeur diffuse de l'aile gauche du nez.

Le malade va alors consulter le docteur de Milly à Orléans. Celui-ci fait le diagnostic du lupus. Il constate, dans le nez, l'existence de végétations qu'il curette, et, dans le larynx, d'une petite ulcération située sur la paroi gauche. Il la cautérise à l'acide lactique. Le malade continue à se faire soigner pendant trois mois (10 séances). Il y a alors une amélioration notable : pas de douleur; disparition ou tout au moins diminution de l'obstruction nasale; plus d'épistaxis. La rougeur du nez a entièrement disparu.

En mars 1903, le malade vient à la clinique ; il se plaint d'éprouver de la gêne à la déglutition ; souvent, dit-il, les aliments refluent par le nez ; il est obligé de boire après chaque bouchée pour pouvoir avaler. Le malade accuse une obstruction nasale très marquée, accusée surtout à gauche. Il mouche des matières dures, jaunâtres, et a, dans le naso-pharynx, des mucosités abondantes.

A l'examen, on constate l'existence d'un lupus du nez, de la paroi postérieure du pharynx et de l'épiglotte.

Le malade est en outre porteur d'un abcès ganglionnaire préauriculaire situé à droite.

Le 18 septembre 1904 : coloration violacée des téguments de l'aile gauche et du lobule du nez, avec légère induration. Près du sillon naso génien gauche, petite ulcération violacée présentant des points jaunâtres. Les lésions situées à la partie tout à fait antérieure du nez sont en voie de cicatrisation. Sur l'aile droite. on constate l'existence d'un petit point rouge violacé très limité.

Peu de douleur.

A la rhinoscopie antérieure : nombreuses croûtes grisâtres, très adhérentes, ne permettant pas de voir les lésions sous-jacentes. Une fois ces croûtes enlevées, on voit que la muqueuse

est rouge, inégale, bosselée. Pas d'ulcération apparente à la cloison.

Rien à la rhinoscopie postérieure.

Au laryngoscope : infiltration du repli aryténo-épiglottique gauche. Légère parésie des cordes. Otite double suppurée ayant débuté il y a deux mois et demi. Pseudo-cholestéatome à gauche.

29 juillet 1904. Nez à peu près nettoyé ; encore quelques croûtes.

Après nettoyage à la cocaïne :

A droite : petite ulcération à la partie tout à fait antérieure de la cloison. Sur le cornet inférieur et le cornet moyen, persistance de petites croûtelles très adhérentes, grisâtres. Rougeur diffuse du cornet moyen qui est atrophié.

A gauche : atrophie du cornet inférieur. Sur la cloison, alternance de zones rouges, légèrement granuleuses, et de zones cicatricielles. Cornet moyen volumineux, présentant de nombreuses végétations qui oblitèrent en partie le nez.

Diminution de l'odorat.

Pharynx rouge ; croûtes nombreuses.

A la fin de 1904, le malade étant venu en notre absence, on constata la présence de nombreuses végétations qui nécessitèrent un curettage.

30 août 1905. La rougeur des téguments du nez persiste, accompagnée de gonflement considérable. Nombreux petits tubercules.

Rhinoscopie antérieure. A gauche : croûtes nombreuses sur la cloison, surtout à la partie antérieure. Après enlèvement des croûtes, on voit de nombreuses petites ulcérations tout le long de la cloison cartilagineuse.

Le cornet inférieur est également ulcéré.

Polype assez volumineux au fond de la fosse nasale, saignant à peine au toucher avec le stylet.

A droite : lésions cicatrisées sur toute la moitié antérieure de la cloison.

Luette : rouge, hypertrophiée, peu mobile.

Une petite ulcération existe sur son bord gauche.

Pharynx : rouge, granuleux.

Larynx : épiglotte hypertrophiée, très volumineuse, blanchâtre.

Hypertrophie de la région aryténoïdienne et des replis aryténo-épiglottiques.

Voix rauque, couverte.

Otite chronique bilatérale.

1er septembre 1905. Ablation de la tumeur polypoïde du côté gauche. Elle a une consistance ferme, résistante sous le doigt, se laissant déprimer par le stylet, mais pas traverser.

Ablation en trois fragments dont un bilobé.

Cette tumeur est rouge livide. Quand on l'enlève, il s'écoule un peu de liquide muqueux.

Le point d'implantation est nettement situé sur la cloison ; il semble y avoir une deuxième racine à la partie postérieure du cornet inférieur.

En résumé, dans la première de ces observations, lupus débutant au niveau du voile, envahissant secondairement le pharynx, les fosses nasales et les téguments du nez, puis le larynx.

Dans la seconde, début sur la muqueuse pituitaire avec envahissement consécutif du pharynx, du voile du palais, du larynx et des téguments du nez.

C'est en nous basant sur ces observations personnelles et sur les observations I, II, V, VI, VIII, IX, XIII, de la thèse de Marty, que nous nous croyons autorisé à repousser la théorie de Raulin, à savoir : que le lupus des fosses nasales se propage rarement au pharynx et au larynx.

DIAGNOSTIC

Lupus du nez.

A) FORME HYPERTROPHIQUE

Le *polype muqueux* se distinguera de la forme polypoïde du lupus à ce que les polypes muqueux se cantonnent dans la zone olfactive ; ils débutent sur le cornet moyen. Le lupus débute sur la cloison. La consistance des polypes muqueux est élastique ; le polype lupique est généralement mou ; en outre, le myxome augmente de volume avec une atmosphère humide, tandis que le lupus ne présente aucune de ces variations de volume.

Le myxome est lisse, le polype lupeux est bosselé et noueux. Enfin, le lupus marche par poussées successives, se recouvre de croûtes et s'ulcère, ce qui n'existe jamais dans le myxome.

Dans l'*hypertrophie polypoïde de la muqueuse* des cornets moyen et inférieur, la muqueuse conserve sa coloration rouge normale bien différente de la couleur grisâtre du tissu lupique. Il n'y a ni nodosités ni mamelons ; la muqueuse de la cloison est indemne. Si l'on badigeonne à la cocaïne, on constate une rétraction immédiate.

La *rhinite hypertrophique*, généralement bilatérale et symétrique, siège sur les cornets inférieurs, à l'exclusion de la cloison. D'un aspect blafard, la muqueuse hypertrophiée est lisse à sa surface ; elle est réductible sous l'action de la cocaïne.

L'*épaississement simple de la cloison*, décrit par Miot, siège, comme le lupus, sur la cloison cartilagineuse, s'annonce, comme lui, par de petites tumeurs à surface lisse ou mamelonnée qui se confondent avec la cloison.

Ces lésions se différencient de celles du lupus par le fait que, au lieu de débuter par la muqueuse, elles débutent par le périchondre ; elles font corps avec la cloison, sont dures au toucher et donnent une sensation élastique. Il ne survient pas d'ulcérations, pas de croûtes.

Les *papillomes de la cloison* sont d'un diagnostic difficile. Ils sont généralement moins gros et moins arrondis que les productions verruqueuses du lupus au début. Il faudra, le plus souvent, recourir à l'examen histologique.

Les *tumeurs érectiles* de la muqueuse de la cloison cartilagineuse se présentent sous la forme d'une petite tumeur solitaire le plus souvent. L'angiome a le volume d'une petite cerise, n'est pas pédiculé, il est rouge, animé de pulsations.

Le *sarcome* débute presque toujours sur la cloison osseuse ou sur les parties supérieures des fosses nasales. Il a une évolution rapide, envahissant en quelques mois toute la cavité nasale. On le reconnaîtra en outre à l'existence de douleurs, d'un écoulement muco-purulent, accom-

pagné d'une odeur infecte, d'épistaxis. La tumeur est extrêmement friable. Enfin, il retentit sur l'état général.

L'*épithélioma* survient chez des malades plus âgés, évolue rapidement et d'une façon régulièrement progressive, pousse des prolongements nombreux, s'accompagne d'envahissement des ganglions, de douleurs spontanées, d'épistaxis, de sécrétions fétides et ichoreuses.

L'*eczéma chronique* de l'orifice du nez débute sur la peau ; en dessous des croûtes grisâtres qui peuvent exister, on ne constate que de légères érosions de la peau du nez ; la muqueuse reste indemne, ne présente ni nodosités ni bosselures.

B) FORME ULCÉREUSE.

Les ulcérations de *la rhinite chronique simple* ne sont que de légères érosions de la muqueuse qui restent superficielles et ne gagnent jamais les tissus sous-jacents. Elles se présentent, une fois les croûtes enlevées, sous l'aspect de petites plaques rouges, de niveau avec la muqueuse qui paraît seulement rouge et tuméfiée autour d'elles.

Les ulcérations des *rhinites traumatiques ou professionnelles* sont grisâtres, taillées dans les tissus, et peuvent s'accompagner de perforation du cartilage triangulaire. Mais, à la différence du lupus, ces lésions s'accompagnent d'épistaxis abondantes et la perforation de la cloison n'est pas masquée par des végétations. Il n'y a pas d'infiltration nodulaire de la muqueuse.

Les *ulcères variqueux* de la muqueuse de la cloison cartilagineuse sont de petites ulcérations de niveau avec la muqueuse, d'une coloration grisâtre ; sur les bords existe une zone rouge sombre dans laquelle on observe un réseau de vaisseaux dilatés. En outre, il y a des épistaxis répétés.

Les *ulcérations chancreuses* de la cloison cartilagineuse s'accompagnent de phénomènes inflammatoires et douloureux et ont une évolution rapide.

La *tuberculose miliaire aiguë* présente de petites ulcérations de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, d'une coloration grisâtre, à bords légèrement saillants au-dessus de la muqueuse et, autour d'elles, il existe un semis de petites granulations jaunâtres de la grosseur d'une tête d'épingle. Elles s'accompagnent toujours de lésions pulmonaires.

2) *Lupus du pharynx.*

Quand il existe seul, son diagnostic est presque impossible. Le plus souvent, on ne le reconnaît que grâce à l'existence de lupus du voisinage ou de lésions pulmonaires.

3) *Lupus du larynx.*

Dans la *phtisie laryngée*, les troubles fonctionnels sont plus marqués. La voix est plus rauque, le patient éprouve dans la région du larynx une douleur généralement assez

vive, l'expectoration est plus abondante, la toux beaucoup plus fréquente. Il y a de la dyspnée ; quelquefois des hémoptysies.

A l'examen laryngoscopique, on constate que la rougeur est plus accentuée ; on ne voit pas cette teinte pâle, livide, qui existe dans le lupus laryngé. Souvent, l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, les aryténoïdes sont infiltrés, mais cet œdème est beaucoup plus mou, beaucoup plus pâteux. Il n'y a pas de productions polypiformes, bourgeonnantes, mûriformes, de nodules indurés, livides, comme dans le lupus, mais bien des granulations miliaires, molles, jaunâtres ou blanchâtres, plus ou moins confluentes et dont la muqueuse est parsemée. Les ulcérations sont plus franchement inflammatoires, s'étendent rapidement ; elles sont déprimées, anfractueuses, à fond granuleux, à bords taillés à l'emporte-pièce ; autour d'elles est un semis de granulations jaunâtres. Leur sécrétion est abondante et jaunâtre. On ne rencontre jamais de cicatrices blanches et scléreuses comme dans le lupus laryngé. Les bacilles de Koch sont très abondants. L'état général est mauvais et il y a des signes manifestes de tuberculose pulmonaire.

Dans le *cancer* du larynx, les troubles fonctionnels sont précoces ; les patients éprouvent des douleurs aiguës, vives, s'irradiant du côté du pharynx et des oreilles, augmentées par la déglutition, la parole et la toux. On observe une dysphagie plus considérable. La dyspnée est plus marquée. La voix est rauque, cassée, éteinte.

A l'examen laryngoscopique, on observe des lésions

variables suivant que l'on a affaire à la forme encéphaloïde ou à la forme épithéliomateuse.

Dans la forme encéphaloïde on a une tumeur lisse, faisant saillie sous la muqueuse qui est rouge violacé. Le néoplasme ressemble à un polype largement pédiculé. Sa consistance est molle, lardacée.

La tumeur s'accroît rapidement et donne lieu à une ulcération fongueuse, à bords élevés, durs, recouverte de pus et de mucosités. Cette ulcération s'accroît, gagne les cartilages ; il se produit de la périchondrite, de la chondrite, etc... (Baratoux).

Dans la forme épithéliale, on observe une tendance à la prolifération, se traduisant par d'énormes choux-fleurs fongueux, mamelonnés, ulcérés, sécrétant une quantité relativement abondante d'un liquide ichoreux, fétide, occupant souvent un seul côté de l'organe, quelquefois s'étendant au-delà.

Dans les deux formes de cancer, les hémorrhagies sont fréquentes ; le malade exhale une odeur infecte ; dans son expectoration, qui est fétide, on trouve des débris de matières putrilagineuses.

L'adénopathie cervicale est très marquée et s'accompagne parfois d'engorgement des ganglions sous-maxillaires et sus-claviculaires.

Ajoutons enfin le mauvais état général, la cachexie, et aussi que le cancer existe surtout chez les gens âgés.

La *lèpre* du larynx ne se distinguera du lupus que par les commémoratifs, l'examen des lésions cutanées et la recherche de bacille de Hausen. La présence de l'anesthésie sera également un bon signe (Jeauselme).

Nous avons volontairement passé sous silence, à propos du lupus du nez comme à propos du lupus du larynx, le diagnostic avec la syphilis. C'est que, étant données les difficultés parfois considérables que présente ce diagnostic et son importance capitale, nous avons cru bon, pour mieux attirer l'attention sur lui, d'en faire un chapitre à part.

DIAGNOSTIC DU LUPUS ET DE LA SYPHILIS DES FOSSES NASALES

Il existe entre ces deux affections de très grandes ressemblances. La syphilis peut imiter d'une façon frappante le lupus du nez, donnant lieu à ce que l'on appelait autrefois le lupus syphilitique. Il se présente sous forme de masses bourgeonnantes qui, parties de la cloison, ne tardent pas à envahir tout l'orifice antérieur des fosses nasales ; bientôt s'effectue la perforation de la cloison cartilagineuse, et des tubercules apparaissent sur la peau des ailes et du lobule du nez (Chaboux).

L'*évolution* de ces deux affections nous fournira un premier élément de diagnostic : le lupus est absolument *indolent*, la syphilis s'accompagne de douleurs térébrantes quelquefois atroces, avec un état fébrile assez marqué.

Le lupus *débute* toujours par la muqueuse ; la syphilis s'attaque le plus souvent directement aux tissus sous-jacents, aux cartilages ou aux os. Donc, le lupus procède

de dehors en dedans, alors que la syphilis marche plutôt de dedans en dehors.

La *marche* du lupus est lente et torpide ; celle de la syphilis est rapide.

Le lupus est casanier (Fournier) ; la syphilis est migratrice et gagne bientôt les parties supérieure et postérieure des fosses nasales.

Le lupus débute toujours sur la muqueuse de la partie antérieure de la cloison ; la syphilis prend naissance aussi bien sur la paroi postérieure de la cloison ou sur les cornets moyens.

Le lupus n'attaque pas le *squelette osseux* des fosses nasales et détruit seulement le *cartilage*.

La syphilis, au contraire, lèse de préférence les os.

Le lupus ne produit jamais de *séquestres* si fréquents dans la syphilis ; il ne donne pas lieu à des *sécrétions fétides*, purulentes, abondantes, ne tarissant qu'après l'expulsion d'un os nécrosé.

Les *perforations palatines*, si fréquentes dans la syphilis, n'existent jamais dans le lupus. Les mutilations des parties externes du nez, la destruction des cartilages latéraux n'existent que dans la syphilis.

L'*ulcération* syphilitique a des bords très accentués, nettement taillés à pic ; durs, engorgés, non décollés, ils affectent une forme circulaire. Le fond notablement déprimé est recouvert d'un enduit gris jaunâtre. La *perforation*, quand elle existe, se présente sous l'aspect d'une perte de substance ovalaire et manifestement visible.

Dans l'ulcération lupique, au contraire, les bords sont mous, décollés, sans relief, de configuration irrégulière. Elle est moins profonde, de niveau avec les parties ambiantes ; quelquefois même son fond est exhaussé et exubérant ; il est constitué par des bourgeons végétants et a un aspect blafard.

Ces lésions sont bilatérales. La perforation est invisible, masquée par des productions exubérantes, et ne peut être dévoilée que par le stylet.

On pourra aussi se baser sur les antécédents du malade ; chez le lupique, on trouve assez souvent d'autres signes de tuberculose : lésions osseuses, ganglionnaires, pleurésie ; dans sa famille, il y a souvent eu des parents atteints de tuberculose pulmonaire, péritonéale ou méningée.

Si la syphilis est acquise, il y a une histoire du malade : chancre, polyadénites, céphalée, alopécie, roséole, et, à l'examen actuel, on peut trouver des gommes, des exostoses, etc.

Si la syphilis est héréditaire, on pourra relever chez la mère des fausses couches inexpliquées, et, dans la famille, des morts de jeunes enfants. Chez le sujet lui-même on pourra trouver des signes d'hérédo-syphilis : triade de Hutchinson, atrophie scléreuse des testicules, cicatrices fessières et lombaires, lésions osseuses et articulaires.

Klingmuller (*Arch. für dermat. u. syphilis*, 1902) préconise l'emploi de l'ancienne tuberculine de Koch qui, d'après lui, permet de diagnostiquer d'une manière certaine et positive les lésions lupiques.

Leredde et Pautrier recommandent l'emploi de l'iodure

de potassium à la dose de 2 à 4 grammes par jour. Il s'ensuivrait d'après eux, une mobilisation des bacilles de Koch qui sont entraînés par les sécrétions du catarrhe nasal provoqué par l'iodure. Dans 4 cas sur 7, ils auraient pu trouver dans la sécrétion ainsi provoquée, des bacilles de Koch.

L'ancien mode de diagnostic basé sur le traitement mercuriel n'a plus de valeur ; nous avons vu que le mercure a également une action favorable sur le lupus.

Il restera donc, en cas de doute, l'examen histologique.

DIAGNOSTIC DU LUPUS ET DE LA SYPHILIS DU LARYNX

Les *ulcérations* syphilitiques ont une forme circinée ou demi-circulaire ; elles ont un contour plus franc, mieux défini.

Les parties périphériques sont plus rouges, plus enflammées, ne présentent pas la pâleur livide, mate du lupus. Le fond est pulpeux, jaunâtre, rouge par places, recouvert d'un pus crémeux et bien lié, tandis que les ulcérations lupiques sont pâles, lardacées, atones. On trouve rarement dans la syphilis ces saillies polypoïdes, ces nodules qui existent dans la laryngite lupeuse, mais on peut y rencontrer des mamelons qui ne sont autres que des gommes, que l'on reconnaît à leur état inflammatoire, à leur dureté, au bourbillon qui s'élimine et laisse une perforation.

Les *cicatrices* de la syphilis sont plus déformantes, à cause des pertes de substance qui sont plus considérables.

D'après Chiari et Riehl *un fait pathognomonique* est la

production sur les cicatrices mêmes de nouvelles poussées lupeuses, caractérisées par des nodules en tout semblables à ceux qui existent sur la peau. Dans la syphilis, les repullulations sont plus rares que dans le lupus, et siègent au voisinage des cicatrices et non plus sur les cicatrices mêmes.

Ici encore, commme dans le lupus du nez, il faudra fouiller les antécédents du malade, de l'évolution plus lente du lupus, et, quand l'occasion s'en présentera, avoir recours à la biopsie.

Notons enfin que, dans la syphilis, les végétations siègent surtout à la base de l'épiglotte et font place à une cicatrice ; au contraire, les végétations tuberculeuses siègent dans la région aryténoïdienne et tendent à s'accroître.

Malgré toutes ces données, le diagnostic entre la syphilis et le lupus est parfois très difficile et reste souvent douteux. C'est ainsi que M. Hallopeau, en 1904, présentait à la Société de dermatologie un malade atteint de lupus végétant confondu primitivement avec des syphilides.

Les observations que nous publions ci-dessous vont montrer une fois de plus toute la difficulté que présente, dans certains cas, le diagnostic différentiel.

Observation V

(MM. Gaucher et Lacapère.)

Malade de 47 ans, atteinte depuis trente ans d'une lésion ulcéreuse du nez considérée comme un lupus et guérie par les injections mercurielles.

Apparition, à l'âge de 15 ans, de lésions croûteuses à l'intérieur du nez et sur la face externe des narines.

A 36 ans, apparition sur le nez de deux gros boutons. Cautérisation ignée de la périphérie des lésions suivie d'amélioration notable.

A 42 ans (1894), apparition sur l'aile gauche du nez d'un nouveau bouton que l'on traite par des scarifications et des cautérisations ignées. Disparition de la lésion, puis récidive un an plus tard. Nouvelles scarifications et cautérisations au nitrate d'argent. Pas de résultat.

En mars 1898, la malade se présente à la consultation de M. Gaucher. A ce moment, sur les ailes et le lobule du nez, taches cuivrées, légèrement surélevées et ramollies, qui présentent, par places, de petites ulcérations recouvertes de croûtes. Le bord libre des deux narines a été détruit par les ulcérations et le bord de la cloison est boursouflé et d'un rouge cuivré. Dans le sillon naso-génien gauche, on remarque quelques éléments rouges isolés, légèrement papuleux, nettement circinés.

L'intérieur du nez est d'un rouge sombre, les fosses nasales sont encombrées de croûtes, mais l'odorat est conservé et il n'existe pas de fétidité de l'haleine.

Enfin, la lésion de la peau ne s'accompagne ni de douleurs ni de démangeaisons.

Cette lésion, et par son aspect extérieur et par son évolution même, présente donc les caractères du lupus. Cependant, l'in-

succès des divers traitements employés fait songer à la possibilité de syphilis.

Injections quotidiennes de 1 centigramme de benzoate de mercure et absorption de 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Cessation pendant une semaine à la suite de gingivite légère et de quelques phénomènes d'iodisme, puis reprise du traitement jusqu'au 12 mai 1898.

Amélioration considérable ; cependant, apparition sur l'aile gauche du nez de nodules rouges et ramollis ayant tout à fait l'apparence du lupus.

Interruption des injections du 18 mai au mois de juin.

A ce moment, reprise des injections à la dose de 2 centigrammes par jour. Un mois plus tard, les injections sont réduites au nombre d'une par semaine jusqu'en octobre 1898.

L'aspect du nez est alors presque normal ; la teinte en est à peine foncée et les papules circinées ont absolument disparu.

A partir de ce moment, injections deux fois par semaine. Le nez paraît complètement guéri. Il persiste cependant, à l'extrémité du lobule, une petite couronne de très fines papules circinées, présentant l'aspect des tubercules lupiques. Sur l'aile gauche du nez, il existe une papule de même nature, affaissée et très transparente.

On continue les injections de benzoate de mercure qui sont interrompues le 10 décembre, à la suite de la production de nodosités douloureuses dans les fesses.

La malade revient le 16 février 1899. Le lobule du nez est un peu rouge. On reprend jusqu'au mois de mai les piqûres et l'iodure.

En janvier 1901, la guérison s'est maintenue.

Au mois d'avril suivant, le lobule du nez rougit de nouveau et deux points paraissent prêts à s'ulcérer. Reprise immédiate des piqûres. La rougeur disparaît et on ne constate bientôt plus qu'une cicatrice déprimée, blanche, occupant tous les points autrefois atteints (ailes du nez, lobule, bords des narines et de la cloison).

L'intérieur du nez, absolument cicatrisé, paraît normal.

Le diagnostic d'hérédo-syphilis lupiforme fut confirmé par l'examen des yeux fait par M. Antonelli, qui constata :

Inégalité pupillaire marquée, la pupille droite étant plus petite que la gauche, légèrement irrégulière et ectopique.

Les deux pupilles, surtout la droite, réagissent très faiblement à la lumière. Par contre, l'accommodation à la distance, la synergie des mouvements de convergence sont normales.

Les lésions pupillaires (ancienne iritis légère de l'œil droit et phénomène d'Argyll-Robertson), bien que rudimentaires, sont des stigmates, tout au moins très probables, de spécificité ancienne (congénitale ou acquise en bas-âge).

Le fond de l'œil est normal.

Observation VI

(Communiquée par M. le docteur Lacapère.)

Lupus ou syphilide lupiforme.

Il s'agit d'une malade traitée depuis quatre ans pour larmoiement par des cathétérismes du conduit lacrymal. Elle est vue par moi pour la première fois le 9 novembre 1903.

Depuis deux ans, est apparue au-dessous du nez une rougeur avec quelques croûtes. La malade est alors traitée par l'iodure de potassium. Peu après, rougeur et croûtes sur toute l'extrémité du nez.

Depuis avril 1903, la rougeur de la joue a été traitée par le docteur Darier à l'aide de pointes de feu. La joue devient plus rouge, s'infiltre, puis s'ulcère.

Le docteur Darier fait des pointes de feu et des scarifications.

L'affection de la joue continue à augmenter ; celle du nez va mieux. Cependant, il y a encore des croûtes épaisses sur la peau et dans les fosses nasales.

La malade va consulter le docteur Lubet-Barbon.

1er août 1904. Au moment de l'absence du docteur Darier, la malade vient consulter à Saint-Louis.

A ce moment, joue droite rouge vif, infiltrée à sa partie moyenne sur une largeur plus grande qu'une pièce de 5 francs. Au centre de cette infiltration, ulcération arrondie, profonde d'au moins 1 centimètre, à bords taillés à pic, à fond grisâtre.

Pas de tubercules lupiques alentour.

D'abord considérée comme un lupus, d'après le diagnostic du docteur Darier et traitée par les cautérisations au thermocautère, puis par des scarifications et des applications de permanganate de potasse à 5 p. 100, cette lésion, qui ne s'améliore pas, est ensuite traitée par moi par le traitement antisyphilitique (huile grise, iodure).

20 août. Amélioration rapide, mais le nez reste stationnaire. Croûtes nombreuses à l'intérieur du nez. On supprime l'iodure de potassium.

1er octobre. Joue, ulcération complètement guérie. Cicatrice plane, superbe. Encore un peu d'infiltration.

Le nez est toujours rouge et croûteux, avec une lésion rouge de la portion de la lèvre attenante à la cloison. Est-ce de l'eczéma impétigineux ? Pulvérisations.

9 octobre. Etat stationnaire. Traitement tous les quatre jours. Application de nitrate d'argent à 1/10.

9 novembre. Revue rue Volney. L'état est stationnaire. La lésion nasale cutanée a bien l'air d'un lupus. Reprise des scarifications.

Au niveau des portions atteintes (lobule, deux ailes du nez, portion de la lèvre attenante à la cloison), rougeur, infiltration, croûtes sous lesquelles se trouvent des ulcérations sans caractères spéciaux. Peu de tubercules ; ceux qui existent ne sont pas typiques.

16 novembre. Sur la portion cicatrisée de la joue, il apparaît un nouveau petit tubercule lupique tout à fait caractéristique, translucide, sucre d'orge.

Donc, ce serait bien un lupus qui aurait guéri par les injections mercurielles. Le nez est toujours croûteux ; la sous-cloison est rouge et suintante.

La rhinoscopie faite par le docteur Veillard montre un peu de repullulation lupique à l'intérieur du nez.

Traitement : cautérisations au thermo-cautère, en surface, de la peau du nez et du tubercule de la joue.

23 novembre. La lésion paraît s'étendre très légèrement au-dessous du nez, et affleure au bord de la lèvre supérieure. Il existe quelques petits points blanchâtres qui ressemblent beaucoup à des tubercules ramollis.

Le nez est toujours croûteux. Sur le lobule, petit point cicatriciel spontané.

La lésion de la joue, guérie par les piqûres d'huile grise, redevient légèrement croûteuse.

Traitement : piqûres de calomel ; sirop iodo-tannique phospho arsénié.

30 novembre. Amélioration de l'extrémité du nez.

Les croûtes ont notablement diminué. La rougeur de la lèvre supérieure s'est un peu élargie.

La joue va bien ; le petit tubercule isolé s'est reproduit.

Nouvelles piqûres de calomel. Cautérisations au thermo-cautère du tubercule de la joue et du bord de la lésion sous-nasale.

7 décembre. L'amélioration continue.

Troisième piqûre de calomel.

14 décembre. Grande amélioration ; la partie centrale du nez se dégage. Les croûtes persistent sur les côtés. La lèvre se nettoie aussi.

La pituitaire est également en beaucoup meilleur état (docteur Veillard).

La malade étant grippée, je ne fais pas de piqûre.

16 décembre. Un peu d'entérite. Lait. Cataplasmes laudanisés.

21 décembre. La grippe est terminée. Stomatite assez marquée. Pas de piqûre.

28 décembre. Stomatite guérie. Piqûre d'huile grise.

Pityriasis simplex capitis et alopécie. Traitement par la pommade soufrée à 1/15.

4 janvier 1905. Application de rayons X trois fois par semaine depuis le 28 décembre 1904. A continuer.

Etat stationnaire. Cependant, quelques croûtes autrefois très adhérentes se détachent bien avec la pince ; au-dessous, ulcérations inégales suppurantes.

11 janvier. Grande amélioration. Continuation du traitement.

18 janvier. Etat stationnaire. On fait une pointe de feu sous le nez.

25 janvier. Rien de nouveau. Piqûre d'huile grise. Continuation de la radiothérapie.

8 février. Très grande amélioration du nez et de la région sous-nasale. Rougeur moins vive. Sur le nez, il n'y a plus de croûtes que sur les deux côtés.

15 février. Amélioration progressive.

22 février. Légère irritation. Suppression des rayons X pour huit jours.

1er mars. Reprise de la radiothérapie.

8 mars. Cautérisation d'un petit tubercule en extension à côté de l'ancienne plaie de la joue en voie de cicatrisation.

15 mars. Même état ; un point de cautère à la joue.

27 mars. Même état. Continuation des rayons X.

12 avril. Croûtes englobant toute l extrémité du nez. Reprise d'une série de piqûres d'huile grise.

19 avril. Même état. 2e piqûre.

26 avril. Même état. 3e piqûre.

3 mai. 4e piqûre. Un peu de chute des cheveux.

10 mai. Même état. Nez croûteux. Un peu de stomatite. Pas de piqûre.

17 mai. Stomatite à peu près guérie. Etat stationnaire.

7 juin. Nez toujours ulcéré et croûteux. Les narines se

rétrécissent. Dilatations à l'aide de laminaires. par le docteur Veillard.

Le traitement radiothérapique a été supprimé il y a quelques jours et remplacé, sur les conseils du professeur Gaucher, par des cautérisations phéniquées faites à l'hôpital. Aujourd'hui, rougeur vive et gonflement de la conjonctive de l'œil droit ; quelques phlyctènes. On envoie la malade au docteur Terrien.

Observation VII.

(Communiquée par les docteurs Le Marc'Hadour et Boulay.)

X..., 28 ans, placier en jouets.

Le malade a eu la syphilis, et vient consulter en 1896 pour une ulcération douloureuse de la gorge. Il présente à ce moment une vaste ulcération au niveau de la paroi postérieure du pharynx, qui s'étend en haut jusque derrière le voile du palais, et latéralement jusqu'aux deux piliers postérieurs.

Les bords de cette perte de substance sont irréguliers et comme mités ; le fond est sanieux et grisâtre. Le malade accuse de la dysphagie.

Le nez est sain ; il n'en est pas de même du larynx.

Tout le vestibules laryngé est infiltré ; l'épiglotte volumineuse présente une ulcération peu profonde ; les replis aryténo-épiglottiques, et surtout les aryténoïdes sont très augmentés de volume. Les bandes ventriculaires sont peu modifiées et les cordes vocales mobiles.

La respiration n'est pas gênée, mais l'air inspiré fait vibrer le vestibule infiltré, et l'on entend un bruit de cornage léger vestibulaire, quand le malade est essoufflé ou quand il fait une inspiration profonde.

L'état général est médiocre ; le teint pâle, l'appétit faible.

A l'auscultation, les sommets sont douteux ; inspiration prolongée ; diminution du murmure vésiculaire ; pas de râles.

En présence des antécédents syphilitiques, et bien que le diagnostic soit en faveur du lupus, le traitement mixte est institué et amène une amélioration très réelle de l'ulcération pharyngée qui diminue d'étendue et cicatrise sur ses bords. Le traitement fait aussi rapidement disparaître la dysphagie.

Le larynx demeure dans le même état et n'est nullement modifié.

Après une certaine amélioration, le processus de cicatrisation n'est plus influencé par le traitement spécifique, et l'on doit recourir aux moyens locaux classiques : grattages, cautères, acide lactique, phénol sulfo-riciné, etc.

Pendant des années, le malade est suivi et traité. Son ulcération pharyngée et celle de l'épiglotte subissent des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Chaque fois que l'ulcération s'étend et que reparaît la dysphalgie, le traitement mixte agit utilement, sans cependant réaliser une guérison complète que l'on doit demander aux moyens locaux.

Il suit un traitement sthénique régulier : huile de foie de morue, suralimentation, viande crue, etc. ; sous l'influence de cette hygiène, l'état général s'améliore.

Après trois ou quatre années d'efforts, l'ulcération du pharynx guérit enfin, ainsi que celle de l'épiglotte, et c'est l'acide lactique qui en a définitivement raison.

Le larynx reste infiltré et l'est encore à l'heure actuelle ; il n'y a plus d'ulcération sur l'épiglotte, mais, à sa place, une cicatrice blanche.

La paroi postérieure du pharynx présente une large cicatrice blanche étoilée, qui s'étend jusqu'aux piliers postérieurs. Les piliers pris dans ce tissu rétractile sont tirés vers la ligne médiane, et le pharynx nasal est en grande partie fermé par les piliers rapprochés et le voile. Le malade a la voix nasonnée.

La cicatrice rappelle tout à fait les cicatrices des accidents tertiaires, plus que celles du lupus vrai.

Il est incontestable qu'il y a eu, dans ce cas, superposition de lupus et de tertiarisme. Le traitement agissait sur le terrain sans modifier beaucoup le lupus, dont le traitement local, longtemps continué, a fini par avoir raison.

Dans cette dernière observation, il ne s'agit certainement pas de syphilis, car le larynx serait blanc partout, ou bien l'évolution aurait continué, donnant lieu à un syphilome diffus avec rétrécissement de la glotte définitif, ou à une gomme avec désorganisation du larynx et très grande ulcération.

En outre, une syphilis rebelle pendant des années aurait donné lieu à des phénomènes d'extériorisation.

Enfin, l'intégrité relative pendant des années des lèvres de la glotte et des cordes vocales est incompatible avec la syphilis. Dans les syphilomes diffus, le larynx tout entier est envahi.

PRONOSTIC

Le lupus comporte un pronostic sérieux. S'il reste localisé, le lupus des fosses nasales, par suite de l'obstruction qu'il provoque, prédispose le sujet aux angines, aux laryngites, aux bronchites répétées ; la production des ulcérations et la mise en liberté à leur surface des bacilles de Koch crée un foyer infectieux capable de provoquer des lésions pulmonaires. Enfin, s'il guérit, ce n'est pas sans provoquer des sténoses cicatricielles qui sont de véritables infirmités.

S'il envahit les premières voies respiratoires, il peut devenir la cause de synéchies entre le voile du palais et la paroi pharyngienne, adhérences qui compromettent la phonation et la déglutition.

Le lupus du larynx est la cause de troubles graves de la phonation, pouvant aller jusqu'à l'aphonie. En outre, il peut occasionner une laryngosténose plus ou moins complète et qui, dans certains cas, nécessite une trachéotomie d'urgence. La cicatrisation des lésions n'est pas, elle-même, toujours une terminaison favorable, car elle est souvent, elle aussi, une cause de laryngo-sténose.

En outre, il y a toujours à craindre des récidives.

La possibilité de voir un épithélioma se greffer sur le lupus est également à redouter.

Enfin, quel que soit son siège, le lupus des muqueuses des voies supérieures est toujours une cause d'infection pour le malade et l'expose à mourir de tuberculose pulmonaire.

TRAITEMENT

1) TRAITEMENT GÉNÉRAL

Ce traitement devra être institué le plus tôt possible. On devra conseiller une médication interne énergique : huile de foie de morue à la dose de 50 à 60 grammes ; arsenic ; iodure de fer ; quinquina, gentiane, amers.

Les eaux minérales, les eaux surtout arsenicales (La Bourboule) et les eaux chloro-bromo-iodurées (Salies) ainsi que les bains de mer, seront de précieux auxiliaires.

L'hygiène jouera ainsi un grand rôle : il faut un air pur et sec, dans un climat tempéré ; l'habitation exposée à la fois au levant et au couchant ne sera ni étroite ni humide. Le régime alimentaire se composera de viandes rôties, de légumes frais, de laitage, de vins généreux, etc...

On recommandera également la gymnastique, les frictions sèches sur la totalité de la surface tégumentaire ; les bains administrés à température croissante.

Nous n'insisterons pas sur l'influence bienfaisante du traitement mercuriel. Nous nous bornerons à rappeler que le mercure agit chez les individus atteints à la fois de lupus et de syphilis en améliorant l'état général et mettant l'organisme plus à même de résister ; chez les lupiques non syphilitiques, il amène la diminution rapide et sou-

vent même la disparition totale des phénomènes inflammatoires, mais n'agit pas ou peu sur les nodules tuberculeux.

Pavie (*Thèse*, Paris, 1898), conseille de se servir de la préparation suivante :

Calomel à la vapeur.	1 gramme.
Huile de vaseline	20 centigrammes.

Injecter la valeur d'une seringue tous les dix jours.

Nous avons vu que M. Gaucher emploie le benzoate de mercure par injections quotidiennes de 1 centigramme et l'associe à l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Les injections d'huile grise ont également donné de bons résultats.

Verotti, Bertarelli nient l'influence du traitement mercuriel et lui attribuent une action défavorable sur l'évolution du lupus. Cette opinion n'est généralement pas admise.

Enfin, avant de terminer ce chapitre de thérapeutique générale, rappelons que certains auteurs attribuent une action curatrice à la tuberculine (Darier, 1905. R. Crocker et G. Pernet, 1902).

2) TRAITEMENT LOCAL

Nous n'insisterons pas sur le traitement local décrit dans tous les ouvrages. Nous nous bornerons à donner des procédés employés une description rapide. Nous nous

réserverons d'insister davantage sur les modes de traitement plus récents : photothérapie, radiothérapie et radiumthérapie.

Le traitement local sera palliatif et curatif.

Le traitement palliatif consistera, dans le cas de lupus du nez, en bains de nez amidonnés, liquides émollients à renifler, douches de Weber alcalines, pulvérisations chaudes sédatives, les attouchements avec des corps gras ; cette thérapeutique aura seulement pour but de calmer les phénomènes inflammatoires, diminuer la douleur, faciliter le détachement des croûtes.

Quant au traitement curatif, il pourra consister soit dans l'emploi de moyens chimiques, soit dans l'emploi de moyens mécaniques.

A) *Destruction chimique des nodules.*

De nombreux médicaments ont été employés : nitrate d'argent en solution concentrée, chlorure de zinc pur ou en solution alcoolique, potasse caustique, acide phénique, sublimé corrosif à 1/10 en solution alcoolique, acide pyrogallique, acide lactique, acide chromique, tels sont les caustiques liquides qui ont été préconisés contre le lupus du nez. M. Hallopeau recommande l'emploi du permanganate de potasse à 1/50 ou à 1/20 ; dans ce dernier cas, il ne laisse la compresse en place que durant un quart d'heure. Il aurait obtenu des guérisons complètes. Ce mode de traitement est également préconisé

par Verotti ; Leredde refuse de lui reconnaître une action curatrice complète.

Dans le lupus du larynx, on emploie les badigeonnages intra-laryngiens avec de la teinture d'iode ou de la glycérine iodée ; le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, l'acide chromique, l'acide lactique, la glycérine phéniquée sont également usités. Les insufflations de poudre d'iodoforme ont parfois donné de bons résultats.

B) *Destruction mécanique.*

Trois procédés donnent des résultats appréciables, ce sont : les scarifications, la cautérisation ignée et le raclage.

Disons une fois pour toutes que, lorsque l'on devra avoir recours à un de ces traitements, il faudra faire préalablement une anesthésie soignée de la région, avec une solution de cocaïne à 1/10 ou 1/5.

a) *Scarification.*

Elle est peu employée dans le lupus des fosses nasales. Ses inconvénients sont : la difficulté de la faire ; le nombre considérable de séances qu'elle nécessite.

b) *Cautérisation ignée.*

On emploiera le galvano-cautère.

Elle a l'avantage d'éviter les auto-inoculations, de détruire complètement les tissus malades, d'assurer l'hémostase, de développer un tissu fibreux de cicatrice abondant.

Son inconvénient est d'agir un peu trop à l'aveugle ; on n'est pas averti, avec le galvano-cautère, quand on quitte le tissu malade pour arriver sur le tissu sain. Elle donne de bons résultats dans le lupus laryngé. On la fera suivre alors d'insufflations d'acide borique ou d'iodoforme.

c) *Raclage.*

C'est le traitement de choix, surtout pour le lupus de la pituitaire.

Son grand avantage réside dans la possibilité d'enlever tous les tissus malades en une seule séance. Son seul inconvénient est l'hémorrhagie qui, du reste, sera, en règle générale, facilement arrêtée. Généralement, on se contentera de le faire précéder d'une simple anesthésie à la cocaïne : Raulin, cependant, conseille l'anesthésie générale, avec tamponnement postérieur préalable, des fosses nasales.

On procédera par les voies naturelles, c'est-à-dire par l'orifice antérieur des fosses nasales.

Les instruments employés seront les curettes de Volkmann. Le raclage devra être énergique et consciencieux :

tout ce qui est embryonnaire se détache avec la plus grande facilité, mais aussitôt qu'on arrive sur le tissu sain, on ressent une résistance presque invincible. Il faudra avoir soin d'avertir auparavant le malade de la possibilité qu'il y a de découvrir par ce procédé une perforation préexistante mais non reconnue.

L'hémorrhagie est toujours abondante. On pourra l'arrêter à l'aide du galvano-cautère ou avec l'acide lactique pur.

On fera ensuite une insufflation de poudre antiseptique : iodoforme, résorcine, acide borique, etc... Puis, on placera à demeure un tampon de gaze iodoformée ou salolée.

A chaque pansement, il faudra faire une irrigation antiseptique pour déterger la muqueuse. Plus tard, on supprimera les tampons, on fera des attouchements avec l'acide lactique, avec la mixture de Unna :

Acide salicylique	10 grammes.
Créosote	20 —
Glycérine	30 —

ou avec l'acide pyrogallique à 10 p. 100.

NOUVEAUX TRAITEMENTS

(D'après le professeur Gaucher.)

1) *Photothérapie ou méthode Finsen.*

Elle est basée sur les propriétés chimiques des rayons du spectre. Il s'appuie sur les propositions suivantes :

a) Les rayons chimiques du spectre, c'est-à-dire les

rayons ultra-violets, violets et bleus, possèdent des propriétés bactéricides.

b) Ces rayons n'agissent pas seulement à la surface des téguments, mais les pénètrent.

c) Les rayons pénètrent plus facilement les tissus exsangues.

La source lumineuse peut être le soleil ou un arc voltaïque à courant continu d'une intensité de 60 à 80 ampères. Les rayons sont amenés sur la région à soigner par un tube concentrateur analogue à celui du télescope ; il est muni, à sa partie la plus rapprochée de la lampe à arc, d'un système de lentilles de quartz qui condense la lumière sans absorber les rayons chimiques. La partie terminale est légèrement conique et forme une cavité limitée en haut et en bas par des lentilles en cristal de roche distantes l'une de l'autre de 30 centimètres et formant condensateur. Cette cavité, remplie de solution bleue de sulfate de cuivre ammoniacal, a ses parois entourées d'un manchon métallique dans lequel circule un courant d'eau froide destiné à empêcher l'échauffement de la solution par les rayons calorifiques. La solution bleue absorbe les rayons jaunes et rouges qui pourraient être nuisibles.

L'action des rayons sera plus grande sur les tissus exsangues. Pour obtenir ce résultat, on pourra employer soit la compression, soit l'adrénaline (Jamieson).

L'application n'est pas douloureuse ; l'effet curatif est positif mais ne se produit qu'après plusieurs mois.

Il faudra en outre des soins antiseptiques, faire à chaque séance un nettoyage de la région, et, si la bulle est suivie

d'une croûte, faire tomber celle-ci à l'aide d'applications humides.

L'appareil de Finsen a l'inconvénient d'être volumineux et non portatif.

Lortet-Genoud et Broca-Chatin ont imaginé des appareils basés sur le même principe, mais d'un maniement plus facile.

2) *Radiothérapie.*

C'est le traitement du lupus par les rayons X. Les recherches physiologiques ont prouvé :

a) Que les rayons X provoquaient à petites doses l'excitation des cellules, et, à grandes doses, leur destruction.

b) Qu'ils avaient une action élective sur les éléments cellulaires, principalement sur les cellules de l'épiderme.

c) Que les tissus enflammés et malades réagissaient, sous l'influence de ces rayons, plus vite que les tissus sains.

d) Que les rayons X étaient capables de diminuer la virulence de certaines cultures microbiennes, notamment du bacille de Koch, voire même d'arrêter le développement de ces cultures et de la dextrine.

C'est sur ces données que repose la radiothérapie. L'appareil producteur de rayons se compose :

1) D'une source d'électricité à haute tension, généralement une machine type Winshurt à 10 plateaux de 0,55 mue par une dynamo de 3/4 de cheval.

2) D'une ampoule de Crookes reliée par ses pôles positif et négatif aux pôles de même nom de la machine statique.

Les rayons naissent de la rencontre des rayons cathodiques avec le verre de l'ampoule.

Ils sont plus ou moins pénétrants suivant que le vide de l'ampoule est plus ou moins considérable.

On emploiera de préférence les rayons de pénétration moyenne, fournis par les ampoules demi-molles.

Villard a imaginé une ampoule à osmo-régulateur qui permet de rendre à volonté l'ampoule molle, demi-molle ou dure.

La connaissance de la nature ou qualité, la mensuration de la quantité des rayons X pour une ampoule alimentée par une même source ou une source différente à un moment et pour un temps donnés, nous sont fournies par trois appareils :

Le spintermètre de Béclère ;

Le radiochromomètre de Benoist, qui, tous deux, mesurent la qualité des rayons ;

Le chromoradiomètre d'Holzknecht, qui mesure la quantité des rayons absorbés par la surface en expérience.

Mode d'application.

La région à traiter doit être distante de l'ampoule de 15 à 20 centimètres. On protègera les parties périphériques par un écran de plomb.

La durée d'exposition aux rayons varie entre 20 et

25 minutes dans les premières séances, 10 à 15 dans les séances ultérieures.

On fera 4 à 5 séances consécutives, puis on suspendra le traitement pendant 8 à 15 jours, qu'il y ait ou non réaction. S'il y a réaction, on ne reprendra pas le traitement avant 15 jours, et cette reprise a lieu à raison d'une séance de 15 minutes tous les deux jours pendant dix jours ; s'il n'y a pas réaction, le traitement est repris de même façon trois jours après la dernière séance.

3) *Radiumthérapie.*

Le radium produit spontanément, incessamment et sans usure, des effets analogues à ceux de l'ampoule de Crookes traversée par un courant électrique de haute tension.

La radio-activité propre du radium produit les mêmes effets physiques que les rayons X.

Ces rayons ont, sur les tissus, une influence semblable à celle des rayons X, mais ils ne semblent pas avoir une action aussi rapide.

M. Danlos s'est servi de sachets de caoutchouc ou de celluloïd renfermant, sous forme de poudre blanchâtre, un mélange en proportions diverses de chlorure de sodium et de chlorure de baryum. Les plaques les plus employées sont celles de 5.200 et 19.000.

Ces sachets ont été placés directement sur la peau, en une seule séance, dont la durée a varié de 20 à 48 heures.

Voici ce que dit M. Danlos (*Soc. fr. de derm. et syph.*, 3 juillet 1902) :

« Avec les plaques faibles, nécessitant une application prolongée, il est difficile d'apprécier le temps nécessaire pour obtenir un effet modificateur. On arrive pour ainsi dire nécessairement à l'ulcération et il se peut, d'ailleurs, que celle-ci soit nécessaire.

« On conçoit cependant qu'il soit possible et, partant, théoriquement préférable d'obtenir des effets modificateurs sans ulcérations du derme. Avec les grandes intensités (au-dessus de 30.000, par exemple, et des applications très courtes), on pourrait vraisemblablement modifier sans ulcération la vitalité du derme et peut-être détruire les germes morbides. De sorte que, dès à présent, deux méthodes semblent possibles dans la thérapeutique du radium :

1° La méthode des séances courtes et répétées, ou méthode sèche ;

2° La méthode des applications prolongées, ou méthode ulcéreuse.

« L'avenir seul pourra nous dire si l'une est réellement préférable à l'autre ou si chacune d'elle a des applications spéciales.

« Jusqu'à présent, les ulcérations que j'ai vues ont toujours été très superficielles, et voici généralement ce que l'on observe après une application de 24 ou 36 heures (en plaques 19.000 ou 2.500). Tout d'abord, un peu de rougeur ou même rien ; puis, après un temps variant de 6 à 15 ou 20 jours, suivant l'état antérieur de la peau, l'épiderme, sous la partie qui a subi l'application, et dans une

étendue ne dépassant guère celle de la plaque, prend un aspect macéré, blanchâtre, et tombe. Souvent aussi il se fait une phlyctène flasque. Celle-ci déchirée, l'ulcération se complète en quelques jours. Nous l'avons toujours vue très superficielle, mais sa sécrétion est assez abondante. Avec les intensités radiantes faibles, il n'y a pas de sensations morbides particulières. Après des applications prolongées de plaques fortes (36 à 48 heures — 19.000) et particulièrement à la face, il peut se développer des douleurs, survenant particulièrement la nuit et assez vives pour empêcher le sommeil. La sensation éprouvée était un mélange pénible de cuisson, d'élancements et de démangeaisons. Ces crises se sont prolongées à intervalles irréguliers pendant plus de deux mois ; elles étaient calmées par l'antipyrine.

Il y a lieu d'attribuer ces crises douloureuses aux rayons X émis par le radium.

M. Danlos termine en présentant quatre malades dont deux atteints de lupus. Il avait obtenu une guérison complète.

Mais ces procédés n'ont pu être appliqués, jusqu'ici, qu'aux lupus cutanés. Peut-être pourrait-on aussi les employer dans les lupus des muqueuses en se servant d'instruments adaptés aux régions à traiter.

Gastou et Didsbury ont traité le lupus nasal *pituitaire* par les courants électriques de haute fréquence et de haute intensité en applications locales.

Les appareils se composent de :

Une bobine de Rumkhorff.

Deux condensateurs d'Arsonval.

Un résonnateur d'Oudin.

Un excitateur composé essentiellement d'un tube de verre, porté sur un manche isolant, et contenant dans son axe une tige de cuivre qui ne va pas jusqu'à l'extrémité du tube de verre, mais laisse un espace vide de un centimètre. Cette tige de cuivre s'arrête à une borne fixée sur le manche, celui-ci formant un coude obtus avec le tube de verre.

Manuel opératoire : l'excitateur est introduit horizontalement dans les fosses nasales, longeant ainsi le cornet inférieur et la cloison.

La durée de l'application est de cinq minutes.

Résultats : action nette et rapide.

Guérison objective.

CONCLUSIONS

I. — Le lupus débute, beaucoup plus souvent qu'on ne le dit, par les muqueuses. Il peut frapper n'importe quelle région des voies aériennes supérieures, mais c'est le plus souvent la pituitaire qui est lésée la première.

II. — A côté des formes classiques du lupus des fosses nasales, il en est une que nous appelons la *forme oblitérante*, dont nous donnons la description.

III. — Il est probable qu'il existe aussi des formes mixtes, tuberculo-syphilitiques, analogues à celles que Raoult et Brindel décrivent pour les amygdales. C'est du moins ce que permettent de supposer les résultats obtenus dans les cas de lupus traités par le mercure.

IV. — En tous cas, la syphilis influe sur l'évolution du lupus. Il est plus grave chez les syphilitiques secondaires et a une évolution plus lente quand il coïncide avec une syphilis tertiaire.

V. — Quel que soit le point de départ du lupus des muqueuses des voies aériennes supérieures, il tend toujours à envahir les régions voisines, comme le montrent nos observations III et IV.

VI. — Le diagnostic du lupus avec la syphilis est souvent très difficile. On ne peut plus compter, pour les dif-

férencier, sur le traitement mercuriel qui, nous le savons, agit aussi sur le lupus.

VII. — Le pronostic du lupus des muqueuses des voies aériennes supérieures est grave. C'est une affection tenace et récidivante, et il y a toujours à craindre des complications viscérales.

VIII. — Le traitement habituel consiste dans le raclage pour le lupus pituitaire ; dans les scarifications pour le lupus du larynx. Le traitement mercuriel sera un bon adjuvant du traitement chirurgical.

On a obtenu aussi d'excellents résultats dans le lupus des fosses nasales par les courants électriques de haute fréquence et de haute intensité en applications locales et par la radiothérapie.

Vu : Le Président de la Thèse
Paul SEGOND.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pour la majeure partie des travaux antérieurs à 1888, nous prions le lecteur de se reporter aux thèses de Raulin et Marty.

Himmel. — Des rapports du lupus et de la tuberculose. *Thèse* de Vazau, 1900.

Lugol. — Recherches et observations sur les maladies scrofuleuses, 1844.

Leloir. — Lupus demi-scléreux de la langue. *Atlas international des maladies rares de la peau*, 1889.

E. Besnier et Doyon. — Notes et additions du traité de Kaposi, 1881.

Berger. — *De lupo*. Dissertation inaugurale. Gryphiae, 1829.

Friedlander. — Untersuchungen über Lupus. *Virchow's arch.*, Bd LX.

Larroque. — Recherches sur l'anatomie et la signification pathologique du lupus. *Thèse* de Lyon, 1888.

Pfeiffer. — Tuberkelbacillen in der lupös erkrankten conjonctiva. *Berliner klin. Woch.*, 1883, n° 28.

Koch. — *Deutsche med. Woch*, 13 nov. 1890, n° 46.

Baumgarten. — Expérimentale u. pathologische untersuchungen über Tuberkulose. *Peilschuft f. klinisch. méd.*, Bd IX u. X.

Tauffer. — Beitrag zur pathogenese u. histogenese des Lupus vulgaris. *Monatshefte f. Prakt dermat.*, n° 4, 1898.

Unna. — Histopathologie der Hautkrankeiten.

Jadasshon. — Demonstration von Unna's « Plasmazellen » und von eosinophilen zellen im lupus anderen geweben. *Verhand. der Deutschen dermat. gesselsch. Congress*, 1891.

Paviot. — Lupus et épitholioma. *Presse médicale*, 1898, n° 69.

Leredde. — Lupus du larynx. Examen histologique. Cellules géantes fournies par dégénérescence des alvéoles glandulaires. *Bullet. Soc. anatom.* 1892, p. 273.

Leloir. — Sur la nature des variétés atypiques du lupus vulgaire. *Ann. de Dermat.* 1888

Leloir et Tavernier. — Recherches sur l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration. Congrès de la tuberculose, 1891.

Garel. — Lupus du larynx. *Rev. internat. de rhinol. et laryngol.*, 1892, n° 5.

E. Vidal et Leloir. — Anatomie pathologique du lupus. Soc. biol., 11 nov. 1882.

E. Besnier. — Lupus tuberculeux aigu, nodulaire, disséminé. *Ann, dermat.*, 1889, p. 32.

Dubreuilh. — De l'origine nasale du lupus de la face. Congrès internat. de dermat., 1900.

Simonin. — Lupus pseudo-polypeux des fosses nasales *Rev. de laryng. otol. rhinol.*, 1895, n° 17.

Castex. — Tuberculose laryngée nodulaire. Soc. fr. de laryng, avril 1897.

E. Vidal. — Du lupus, 1879.

Darier. — Lupus exedens du nez, tuberculose viscérale. *Bullet. de la Soc. anat.*, fév. 1898, p. 87.

Meneau et Frèche. — De l'origine nasale du lupus de la face. *Ann. dermat.*, 1898, p. 516.

Dubreuilh. — Lupus tuberculeux. In *Traité des Maladies de l'enfance*, t. V., p. 507.

M. Boulay. — Article : Lupus du larynx. In *Traité des Maladies de l'enfance*, t. III, p. 858.

D'Espine et Picot. — Article : Lupus, p. 912.

Gaucher et Barde. — Article : Lupus. In *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, t. III, p. 917.

Castex et Barbier. — Article : Lupus du larynx. In *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, t. VII, p. 182.

Gaucher. — Leçons sur les maladies de la peau. Paris, 1895.

Thibierge. — Article : Lupus. In *Traité de Médecine.*

Félix. — La participation de l'oreille moyenne dans le lupus vulgaire et la lèpre des voies aériennes supérieures. *Ann. Maladies oreilles*, mars 1903.

Faivré. — Lupus rodens des fosses nasales. *Gaz. des Hôpit.*, de Toulouse, 13 fév. 1903.

Vewcomb. — Lupus. *Ann. Maladies oreilles*, 1896, t. II. p. 143.

Law. — Lupus du pharynx et du larynx. *Ann. Maladies oreilles*, 1896, t. II, p. 59.

Liaras. — Lupus de l'oreille. *Ann. Malad. oreilles*, 1902.

Lichwitz. — Lupus de l'oreille et du nez. *Ann. Malad. oreilles*. 1902.

Mygind. — Lupus laryngé vulgaire. *Arch. f. Laryng. w. rhinol.*, 1900. t. X.

Rebbeling. — Primare isolierte Mittelöhretuberkulose. *Ztsch. s. ohkenheilk*, mars 1904.

Schoetz. — Pharynxtuberkulose bei kinden. *Deutsch. méd. Wosch.*, 15 octobre 1903.

V. Melzi. — Ulcération tuberculeuse primitive du cornet inférieur. Contribution à l'étude clinique et histologique de la tuberculose nasale. *Archives internat. lar. otol. rhinol.*, mars 1904.

Durazzo. — Lupus du larynx. *Thèse*, Paris, 1900.

Leredde et Pautrier. — Diagnostic du lupus du nez par l'examen du mucus nasal. Soc. biol., 20 déc. 1902.

— Diagnostic de la lèpre et du lupus tuberculeux de la face, par l'examen du mucus nasal, après ingestion d'iodure de

potassium. *Rev. prat. des malad. cut., syph. et vénér.*, mars 1903, p. 85.

— Sur un cas de syphylis cutanée confondue avec un lupus. *Rev. prat. des malad. cut., syph. et vener.*, décembre 1903, p. 407.

Dubois Havenith. — Lupus végétant du nez et des joues. *Presse médic. belge*, 25 novembre 1904.

H.-S. Birkett. — Rapport sur un cas de lupus vulgaire primitif du pharynx buccal et du pharynx nasal. *Med. Rev.*, déc. 1904. p. 1013.

Schick. — Un cas de tuberculose pharyngée. *Gessel f. inn. medizin u. kinderheik in Wien.*, juin 1904.

Zuppinger. — Un cas de lupus primitif des muqueuses naso-pharyngiennes. *Gessel. f. inn. medizin. u. Kinderkeilk in Wien.*, juin 1904.

Bertrand. — Trois cas de tuberculose isolée de l'épiglotte. *Echo méd. du Nord*, avril 1905, p. 193.

Bonnak. — Traitement opératoire de la tuberculore laryngée. *Arch. intern. laryng.* 1905, p. 99-106.

Hollander. — Ueber die Nasen lupus. *Berlin Klinisch. Wochensch*, 1899, p. 521. *Ann. dermat.*, 1900., p. 901.

Brat. — Lupus du larynx. *Ann. dermat.* 1900, p. 1263.

Klingmuller. — Recherches sur la signification de la zone de réaction après les injections de tuberculine. *Arch. f. derm. und. syph.*, 1902. *Ann. dermat.*, 1903, p. 78.

Brœkært. — La rhinite végétante. *Presse oto. laryng. belge*, 1904, n° 6.

Pelagotti. — Nature des corpuscules renfermés dans le tissu lupique. *Monatschr. f. prakt. dermat.*, 1901.

Almkwitz. — Contribution à l'étude des cellules plasmatiques, principalement dans le lupus. *Archiv. f. dermat. u. syphilis*, 1901.

Brindel et Raoult. — Des ulcérations de l'amygdale. Société fr. d'otol., laryng. et rhinol, 1900, p. 78.

Moure. — Traité des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx, 1904, p. 432.

Jeanselme et Laurens. — Lésions du nez, de la gorge et du larynx dans la lèpre. *Ann. dermat. et syph.*, 1898, n° 187.

Morel-Lavallée. — Traitement du lupus vulgaire par les injections sous-cutanées à distance. *Bulletin médical* 1898, n° 99.

H. von Hebra. — Sur l'action de la thiosinamine en injections sous-cutanées. IIe Congrès international de dermatologie, 1892.

Maurek. — Ueber nucleininjectionen bei Lupus. *Wiener med. Woch.*, 1893, nos 36-36.

Liebreich. — De la guérison du lupus et de la tuberculose par la cantharidine. *Berlin. klin. Woch.*, 1895, p. 293.

Byrar Bromwell. — On two cases of lupus treated by thyroïd extract. *The Britisch, méd. Journal*, 1894.

Hallopeau et Roger. — Action des toxines streptococciques sur le lupus. *Presse méd.*, 1896.

Hollaender. — Ueber die heisluftkauterisation in speziellen bei Lupus vulgaris, *Deut. méd. Woch.*, 1897, n° 43.

Loin. — Traitement du lupus tuberculeux par les scarifications ignées méthodiques. *These*, Paris, 1901.

Brondgeest. — Traitement du lupus et de la tuberculose du larynx aux périodes avancées. Soc. néerl. de laryng., rhin. et otol., juin 1895.

Plicque. — Traitement du lupus par le silicate de soude. *Journ. de médecine et chir. pratiques*, 25 décembre 1903, p. 929.

Ehrmann. — Traitement du lupus par la résorcine, *Lyon médical*, 15 février 1903.

Mally. — Traitement du lupus par les rayons X. *Monde médical*, février 1904.

Trémolières. — Le radium. Application au traitement du lupus. *Ann. d'élect. et radiol.*, n° 2, 1903, p. 235.

Gouguenheim et Guinard. — Traitement chirurgical du lupus. *Ann. mal. or., lar., nez et phar.*, 1897, p. 113.

Fournier. — Sur une tuberculose cutanée notablement améliorée par les injections de calomel. Soc. fr. dermat. et syph., 2 mai 1897.

Michtschersky. — Lupus exulcéreux guéri par le calomel et le traitement chirurgical. Soc. vénéréol. et dermat. Moscou, février 1900.

Gastou et Didsbury. — Essai de traitement du lupus nasal pituitaire par les courants électriques de haute fréquence et haute intensité, en applications locales Soc. fr. dermat., juin 1900. *Ann. dermat.*, juin 1900.

Brocq et Bisserié. — Traitement du lupus par les effluves à haute fréquence. Soc. fr. dermat., décembre 1900. *Ann. dermat.*, décembre 1900.

Lermoyez. — Traitement syphilitique intensif pour une lésion douteuse du larynx. Soc. fr. laryng., otol., rhinol., 1903, p. 51.

Pasini. — Premiers résultats dus à la photothérapie au moyen de l'arc de fer, dans quelques cas de lupus. *Annali di elettric medica e terapia fisica*, janvier 1904, p. 6.

Bouveyron. — Note sur le traitement du lupus par les radiations uraniques de Becquerel. *Gaz. Hôp.*, 7 juillet 1904.

Brousse. — Traitement du lupus tuberculeux. *Montpellier médical*, 2 juillet 1904, p. 741.

Frank-Jacob. — Note sur l'étiologie du lupus et sur plusieurs cas traités par les rayons X et la lumière Finsen. *Lancet*, 25 février 1904, p. 503.

Tschlenoff. — Traitement du lupus vulgaire par les injections de calomel. *Festch Kaposi*, 1900, p. 423.

Darbois. — Traitement du lupus suivant ses indications. *Thèse*, Paris, 1901.

Dupuy. — Traitement du lupus par le permanganate de potasse. *Thèse*, Paris, 1901.

Hallopeau. — Traitement du lupus par le permanganate de potasse. Acad. méd. de Paris, 28 octobre 1901.

Hallopeau et Fouquet. — Résultats comparatifs du traitement des lupus par la photothérapie et le permanganate de potasse. Soc. fr. dermat., novembre 1901. *Ann. dermat.*, novembre 1901 p. 955 ; Soc. fr. dermat., décembre 1901. *Ann. dermat.*, décembre 1901, p. 1053.

Lepeut. — Traitement du lupus de la face. *Thèse*, Paris, 1901.

Leredde. — Traitement du lupus par le permanganate de potasse. Soc. fr. dermat., avril 1901, *Ann. dermat.*, p. 340.

Danlos. — Sur un nouveau traitement du lupus tuberculeux. Soc. fr. dermat., avril 1901, *Ann. dermat.*, avril 1901, p. 355.

Danlos. — Quatre cas de lupus traités comparativement par le radium et d'autres procédés. Soc. fr. dermat., juillet 1902. *Ann. dermat.*, 1902, p. 723.

Pautrier. — Traitement du lupus tuberculeux à forme ulcéreuse et végétante. *Bull. gén. de thérap.*, novembre 1903.

Mendes da Costa. — Cas de lupus du nez traité par l'appareil Finsen. *Vereiniging van nederlandsche Dermat.*, décembre 1904.

Tretopp. — Traitement du lupus du nez par le curettage et les applications de la formaline. Soc. méd. d'Anvers, 1904.

Verotti. — Valeur des injections de calomel dans le lupus. *Giornale internaz. del Scienze mediche*, 1900. *Ann. dermat.*, 1901, p. 896.

Bertarelli. — Efficacité de l'injection de calomel dans le lupus vulgaire. *Ann. dermat.*, 1900, p. 1026.

Hallopeau et Gadaud. — Sur les résultats du traitement par le radium d'un lupus verruqueux. Soc. fr. dermat., juillet 1902. *Ann. dermat.*, 1902, p. 720.

Verotti. — Permanganate de potasse dans le lupus vulgaire. *Giornale internaz. del Scienze mediche*. 1902. *Ann. dermat.*, 1903, p. 521.

Crocker et G. Pernet. — Traitement du lupus par la tuberculine. *Brit. med. Journ.*, 1902, p. 1321. *Ann. dermat.*, 1903, p. 522.

Jamieson. — Emploi de l'adrénaline dans le traitement du lupus par la méthode Finsen. *Brit. med. Journ.*, 1902, p. 1535; *Ann. dermat.*, 1902, p. 522.

Duroux. — Traitement du lupus par les cautérisations ignées suivies d'applications d'acide picrique. Soc. nation. de méd. de Lyon, nov. 1903. *Ann. dermat.*, 1904, p. 91.

Jungmann. — Traitement du lupus. *Gesselsch. der Aerzte in Wien*, 1903. *Ann. dermat.*, 1904, p. 274.

Hall-Edwards. — Traitement du lupus par le permanganate de potasse. *Brit. méd. Journal*, 1903, p. 1491. *Ann. dermat.*, 1904, p. 1048.

Gamlen. — Traitement du lupus par les rayons X et ultra-violets. *Brit. med. Journal*, juin 1903, p. 1310. *Ann. derm.*, 1904, p. 1049.

Carle. — Considérations sur le traitement du lupus. Indications de la photothérapie. *Lyon médical*, mars 1904, p. 553. *Ann. dermat.*, 1904, p. 1049.

Mendes da Costa. — Traitement du lupus. *Medisch Weekblad voor Noord en Zind Nederland*, 1903. *Ann. dermat.*, 1904, p. 1049.

Béclère. — Traitement du lupus par la radiothérapie. *Presse méd.*, 1904, p. 254.

O. Brien. — Traitement du lupus par le radium. *Presse méd.*, 1904, p. 461.

Lang. — Lupus et calomel. *Wiener dermat. Gesselsch.*, nov. 1900, mars 1901, *Ann. dermat.* 1901, p. 867.

Stelwagon. — Traitement photothérapique du lupus. *University medical magazine*, déc. 1900, p. 687, *Ann. dermat.*, 1901, p. 896.

Morris et Dore. — Traitement du lupus par la méthode de Finsen. *Brit. méd. Journal*, février 1901, p. 326. *Ann. derm.* 1901, p. 896.

Darier. — Lupus tuberculeux de la face datant de quinze ans, guéri en trois mois par les injections de tuberculine. Soc. fr. dermat. 2 mars 1905. *Ann. derm.*, 1905, p. 249.

Leredde. — A propos du traitement du lupus. Société fr. dermat., 6 avril 1905. *Ann. dermat.* 1905, p. 324.

Danlos. — Traitement comparé des lupus tuberculeux étendus par la photothérapie et d'autres méthodes. Soc. fr. dermat., juin 1902. *Ann. dermat.*, 1902, p. 629.

Hallopeau et Fouquet. — Sur un nouveau cas d'amélioration considérable de lupus invétéré, sous l'influence du traitement topique par la solution du permanganate de potasse, suivant un nouveau mode. Soc. fr. dermat., janv. 1902. *Ann. dermat.*, 1902, p. 501.

Hallopeau. — Traitement du lupus par le permanganate de potasse. Soc. fr. dermat., mai 1902. *Ann. dermatol.* 1903, p. 486.

Hollander. — Traitement du lupus du nez. Soc. méd. Berlin, janv. 1902. *Ann. dermat.*, 1903, p. 367.

Leredde. — Etat actuel de la question du traitement du lupus tuberculeux et érythémateux. Soc. fr. dermat., nov. 1902. *Ann. dermat.*, 1902, p. 1055.

Lichwitz. — Du traitement du lupus du nez et de l'oreille, par l'air chaud. *Archiv. intern. lar. otol. rhinol.* janv.-fév. 1902.

Blandamour. — Traitement du lupus par le radium. *Thèse*, Paris, 1902.

Darbois. — Le lupus des muqueuses et la photothérapie. *Arch. internat. laryng.*, janv.-fév. 1903.

De Gorsse. — Les injections de calomel dans le traitement des arthrites chroniques non syphilitiques. *Thèse* de Paris, 1900.

Fournier. — *Traité de la syphilis.*

Lenglet. — Article « Lupus ». In *Pratique dermatologique.*

Nicolau — Contribution à l'étude des tuberculides. *Ann. dermat.*, octobre 1903, p. 713.

Jacquet. — De l'importance des soins accessoires dans la

cure lupique. Soc. fr. dermat., mai 1905. *Ann. dermat.*, 1905, p. 440.

H. Birkett. — Case of primary lupus vulgaris of the oropharynx and nasopharynx treated by X rays. *Medical record*, décembre 1904, p. 1013. *Ann. dermat*, 1905, p. 463..

Pavie. — Les injections de calomel dans le lupus. *Thèse*, Paris, 1898.

Gaucher. — Nouveaux traitements du lupus. *Arch. gén. méd.*, 1904, p. 1936.

Gerber. — Tuberculose u. lupus der nase. *Haudbuch der laryngol. von P. Heymann*, 1900, t. III.

Lang. — Lupus und syphilis. *Wien dermat. Gesselsch*, 1900. *Arch. fr. dermat.*, 1901, p. 138.

Potain. — Syphilis et tuberculose. *Tribune médicale*, 1900, p. 467.

Selenow. — Lupus sur une base syphilitique. Soc. dermatologique et vénéréol. de Charkow, avril 1900.

Werschinin. — Lupus vulgaire coïncidant avec une syphilide tuberculeuse. Soc. dermat. de Charkow, avril 1900.

Mausion. — Syphilis et tuberculose. *Thèse*, Nancy, 1900.

Bernheim. — Tuberculose et syphilis. *Journal des maladies cutanées*, 1900, p. 593.

Rasch. — Syphilide et tuberculide. Soc. danoise de dermat, 7 février 1900.

Fordyce. — Syphilis and lupus. *Medic. Record*, juillet 1901, p. 86.

Sequeira. — Congenital syphilis simulating lupus. Dermat. Soc. of. London, mars 1901. *British méd. Journal of. dermat.*, mai 1901, p. 168.

Mauté. — Syphilis et tuberculose. Revue générale. *Revue de la tuberculose*, déc. 1901.

Griffon et Trastour. — Tuberculose et syphilis : autopsie d'un cas de scrofulate de vérole. *Bulletin Soc. anatom. de Paris*, octobre 1902, p. 794.

Petrescot. — Tuberculose et syphilis. De leur prétendu

antagonisme et des incompatibilités infectieuses en général. Bucharest, 1903.

Chauffard. — La syphilis tertiaire du larynx. *Journal des Praticiens*, février 1904, p. 132.

Lewis-S. Somers. — Le diagnostic et le traitement de quelques lésions pharyngées da la syphilis. *Méd. News*, mars 1904. p. 496.

Vacher. — Contribution à l'étude de la syphilis nasale. Soc. fr. laryng. mai 1898.

Ripault. — Un cas de syphylis du nez. *Ann. mal. or.*, janvier 1897.

Lenhardt. — La syphilis du larynx. *Rev. méd. de Normandie*, avril 1901.

Du Castel. — Syphilis du pharynx. *Rev. gén. de clin. et de thérapeut.*, février 1902, p. 81.

Fournier et Paris. — Syphilis ignorée avec lésions profondes et étendues de la face, des cavités nasales et du voile du palais. *Ann. dermat.*, mars 1902, p. 264.

Sarremone. — Symptômes de la syphilis nasale. *Arch. internat. lar., otol., rhinol.*, t. XV, 1902, p. 368.

Robertson. — Syphhilis of the larynx. *Journal american medical association*, janv' 1903, p. 162.

Renner Scott. — Tertiary syphilis of the nase and pharynx. *New-York a. Philadelphia medical Journal*, mars 1904, pp. 450-483-546.

Vaughan. — Syphilitic manifestation in the nase and pharynx. *New-York medical Journal*, juillet 1904, p. 160.

R. Botey. — De la syphilis héréditaire tardive du larynx. *Ann. mal. oreilles*, mai, 1894.

Revol. — La syphilis tertiaire du larynx. *Thèse*, Lyon, 1905.

Berdal. — Article « Syphilis secondaire du larynx ». In *Traité pratique de la syphilis*, p. 271.

— Article : Syphilis tertiaire du larynx. In *Traité pratique de la syphilis*, p. 485.

— Article « Syphilis du nez. » In *Traité pratique de la syphilis*, pp. 277-474.

M. Boulay. — Article « Hérédo-syphilis du nez. » In *Traité des maladies de l'enfance*, t. III.

— Article « Hérédo syphilis du larynx. »In *Traité des maladies de l'enfance*, t. III.

Gastou et Dominici. — Ulcération phagédénique avec éléphantiasis du pied chez une tuberculeuse : amélioration rapide par le calomel en injections intra-musculaires fessières. Soc. fr. dermat., 8 juillet 1897. *Ann. dermat.*, 1897, p. 740.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.